



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



A Intervenção Psicomotora em Moçambique: das competências psicomotoras e adaptativas para a Qualidade de Vida de crianças com perturbações de desenvolvimento

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora

Orientadora: Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Ana Filipa Penalva Barros da Silva
2019

Agradecimentos

À maior força de todas, a minha Mãe. Implacável na sua generosidade, sentido de responsabilidade e de cumprimento de objetivos, sejam os que forem. À impulsionadora de descobrir o prazer de se sair das zonas de conforto e encontrar, onde for, bem-estar, lutando-se por e para isso, sempre.

À Professora Doutora Sofia Santos por esta caminhada que já vem muito antes desta etapa. Geradora de uma força incrível e de certezas improváveis capazes de motivar e trazer ao de cima o rumo e foco imprescindíveis a um objetivo como este.

Ao Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas, às Irmãs, colaboradores e, sobretudo, às crianças e famílias que participaram neste estudo, com quem as aprendizagens e partilhas foram mútuas.

Ao Francisco que sempre contribuiu para o meu desenvolvimento académico e pessoal. Que sempre acreditou mais em mim do que eu própria. Se há de quem goste, muito, é deste Pai que a vida me trouxe.

Aos amigos que tornam tudo mais fácil e descomplicado, que amparam, cuidam e incentivam, à minha Sara, à Soraia, Teresa, Rita, Joana S, Joana A., Natalina, Bernardo e Santi, Carla, Filipa, João P., Cid e Hermen,

Ao Tomás e sua família. Começámos uma caminhada que se antevê próspera e longa, com muito trabalho e amor ao meio. Ao pequeno grande Tomás que me apoiou nesta ida e sobretudo, no meu regresso.

Ao meu pai...

Índice Geral

Agradecimentos	II
Índice Geral	III
Índice Tabelas	III
Enquadramento	4
Referências	7

Artigo 1: O comportamento adaptativo e os fatores psicomotores na Qualidade de Vida de crianças e jovens com perturbações do desenvolvimento: a intervenção psicomotora como apoio..... 10

Comportamento Adaptativo	11
Qualidade de Vida	20
A Intervenção Psicomotora como apoio.....	22
Considerações Finais	26
Referências	28

Artigo 2: As competências psicomotoras e adaptativas na qualidade de vida de crianças moçambicanas com perturbações do desenvolvimento 37

Introdução.....	38
Método.....	44
Amostra	44
Instrumentos	44
Procedimentos.....	46
Apresentação Resultados.....	49
Discussão dos Resultados.....	52
Conclusão.....	58
Referências	60
Anexos.....	I

Índice de Tabelas

Tabela 1: Objetivos Gerais e Específicos para Intervenção Psicomotora	48
Tabela 2: Resultados da Escala de Comportamento Adaptativo	49
Tabela 3: Resultados Bateria Psicomotora	50
Tabela 4: Resultados Escala Pessoal de Resultados – Crianças	50

Enquadramento

O presente trabalho surge no âmbito da dissertação do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa e tem como objetivo analisar o eventual contributo que a intervenção psicomotora pode deter ao nível da estimulação dos fatores psicomotores e do comportamento adaptativo, e qual o seu impacto na qualidade de vida de crianças com perturbações de desenvolvimento.

Apesar de a nível nacional, já existirem alguns estudos sobre o contributo da intervenção psicomotora na valência institucional com adultos com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais (DID) no âmbito das competências psicomotoras e adaptativas (Antunes e Santos, 2015) e da qualidade de vida (Freitas e Santos, 2018), e mesmo utilizando o meio aquático como contexto de atuação (Jardim e Santos, 2016; Leitão e Santos, 2017) ou a musicoterapia e a sua expressão na promoção adaptativa (Júnior, Afonso e Santos, 2017), ainda subsiste a necessidade de um maior aprofundamento da área para uma real validação das práticas psicomotoras com as mais variadas populações, com e sem desenvolvimento típico. Este facto sobre a falta de evidências não se restringe apenas em contexto nacional, havendo ainda que desenvolver e implementar “estudos transversais” no sentido de perceber a adaptação da intervenção ao conjunto de valores socioculturais diferentes. Esta ideia já vinha expressa no trabalho internacional desenvolvido ao nível do estudo comparativo da validação do instrumento Exame Gerontopsicomotor entre Portugal e Uruguai (Morais, Santos, Lebre, Tuzzo e Milla, 2017).

É neste âmbito, que esta dissertação nasce, decorrente e estimulada por uma experiência anterior, e bem-sucedida, num país de língua de expressão portuguesa e num contexto sociocultural onde a intervenção psicomotora é praticamente desconhecida – Moçambique (Pereira e Santos, 2019), e cujos valores socioculturais são distintos da cultura Portuguesa, aos mais variados níveis.

Moçambique é constituído a Norte pelas províncias Niassa, Cabo Delgado e Nampula; no Centro por Zambézia, Tete, Manica e Sofala; a Sul por Inhambane, Gaza e Maputo (Portal do Governo de Moçambique, 2015a, b). O Português é a língua oficial, contudo são faladas mais de vinte línguas a nível nacional (Portal do Governo de Moçambique, 2015a). Moçambique é um país democrático, vigorando um sistema político multipartidário e a nível económico, o potencial do país passa pelas áreas agro-indústria, agricultura, turismo, pesca e mineração (Portal do Governo de Moçambique, 2015a). Segundo o relatório de 2012 da Conferência das Nações Unidas

sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD), da Organização das Nações Unidas (United Nations Conference on Trade and Development, 2012), Moçambique é dos países menos desenvolvido a nível mundial e, apesar do turismo ser uma fonte de rendimento, o país ainda enfrenta muitos desafios relativos à satisfação das necessidades básicas de vida

Segundo os Censos de 2017, a população total do país é de 28,861,863 habitantes, em que mais de metade é do género feminino. A cidade de Maputo, a capital do País, tem uma área de 300km² e conta com 1,101,170 habitantes, apresentando uma densidade populacional de 3 670,6 habitantes/km², decorrente de um aumento demográfico pouco controlado dos últimos anos 25 anos. São evidentes as condições de degradação social diária (e.g.: ao nível educativo e de saneamento com 54% das casas sem qualquer saneamento), bem como as altas taxas de desemprego – com especial destaque para os subgrupos dos jovens e das mulheres, consequente do incremento populacional (INE Moçambique, 2018).

Do ponto de vista económico, mais de metade da população moçambicana vive abaixo do limiar de pobreza, destacando-se, neste contexto, as elevadas taxas de pessoas com deficiência e/ou em situações de vulnerabilidade (i.e.: 2,1 milhões) de crianças e jovens vítimas de abuso (e.g.: exploração do trabalho infantil), negligência e estigmatização social (Omoniyi, 2014; Plano Nacional de Ação para a Área da Deficiência [PNAD], 2012; UNICEF Moçambique, 2014a), e de abandono (UNICEF Moçambique, 2014a), “ficando expostas a condições de carência extrema” (Pereira e Santos, 2019, p. 3), sem acesso a serviços básicos de saúde ou de educação, apresentando níveis de alfabetização inferiores aos seus pares, entre outros (RAVIM e Handicap International Moçambique, 2010). A prevalência de deficiência, entre crianças e jovens, situa-se entre os 2 e os 6%, salientando-se a deficiência motora e sensorial, e a DID (PNAD II, 2012; UNICEF Moçambique, 2014b) sendo ainda constatável a dificuldade em respostas socioeducativas adequadas a estes casos (RAVIM e Handicap Internacional Moçambique, 2010).

Apesar de alguns documentos legislativos espelharam a vontade em mudar (e.g.: PNAD II, 2012) inclusive já com indicações para a ação e respetiva priorização face às crianças e jovens com deficiência, em Moçambique ainda existe muito para fazer dado alguns documentos (e.g.: Convenção dos Direitos da Criança ratificada) não prevalecerem sobre a lei (UNICEF Moçambique, 2014b). A 25 de Junho de 1975 consagra-se o Dia da Independência Nacional (Portal do Governo de Moçambique, 2015b), contudo apenas em 1981, ano atribuído às “Pessoas Deficientes” pela ONU, Moçambique começou a ter conhecimento do conceito. Ao longo dos tempos têm sido

modificados os termos associados à deficiência, desde “Pessoas Portadoras de Deficiência”, até 1988, assumindo-se a ainda atual designação de Pessoas com Necessidades Especiais e Pessoas com Deficiência (Massarongo-Jona, 2016).

As pessoas com DID são um dos grupos mais vulneráveis à exclusão e descrédibilização social (Laat, Freriksen e Vervloed, 2013) sendo esta situação mais evidente em países como Moçambique (Carlsson e Kumerius, 2012) onde imperam ainda as conceitualizações culturais tradicionais (i.e.: valores e crenças) de DID (McKenzie, McConkey e Adnams, 2013). Os autores recomendam o maior investimento em programas e serviços para pessoas com DID melhorando o acesso (a políticas e serviços) envolvendo as próprias pessoas e as suas famílias, promovendo um maior conhecimento da DID e estimulando a investigação na área. Acrescenta-se, ainda, que a funcionalidade diária (e.g.: realização de atividades de vida diária, atividade doméstica ou mesmo contribuição económica para o agregado familiar) tem um peso significativo no continente africano e na abordagem da pessoa com deficiência em detrimento das perturbações que afetam mais o rendimento académico (Zhang, 2001). A legislação moçambicana tem sofrido alterações no sentido de um maior reconhecimento da necessidade de apoios (PNAD II, 2012) mas poucas evidências existem sobre o nível de comportamento adaptativo das crianças.

É neste contexto, e decorrente da vontade em perceber melhor e experimentar uma realidade distinta de Portugal, que esta dissertação toma forma, com o principal objetivo de analisar qual o contributo que a intervenção psicomotora, como serviço de apoio a crianças e jovens com DID, pode deter para a estimulação das competências psicomotoras e adaptativas, visando a melhoria da qualidade de vida das mesmas. Para se concretizar este estudo, a presente dissertação encontra-se organizada sob a forma de compilação de dois artigos: um primeiro e de carácter teórico, que servirá de fundamento a toda a investigação, baseado na literatura e abrangendo temas como a situação da deficiência em Moçambique, o comportamento adaptativo, a sua relevância para a funcionalidade diária e responsabilidade pessoal e social, a caracterização do desenvolvimento psicomotor típico e atípico e finalmente, a intervenção psicomotora como apoio para uma vida com (mais) qualidade; e um segundo artigo que implicará o planeamento e a implementação de um programa psicomotor com 6 crianças com DID e PC, baseado nos resultados da avaliação inicial (*baseline*) do comportamento adaptativo, dos fatores psicomotores e da qualidade de vida; para depois se proceder à avaliação final (após o término do programa), para em seguida, e um mês depois do seu término, se aplicarem as mesmas medidas e analisar-se a retenção das eventuais aquisições e aprendizagens. O objetivo deste

estudo será analisar os efeitos de um programa de intervenção psicomotora ao nível da adaptação, desenvolvimento psicomotor e qualidade de vida de crianças com perturbações do desenvolvimento.

Referências

- Antunes, A. e Santos, S. (2016). Os benefícios de um programa de Intervenção Psicomotora para indivíduos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais ao nível do Comportamento Adaptativo e da Proficiência Motora: estudo comparativo. *A Psicomotricidade*, 18: 89-122.
- Carlsson, L. e Kumerius, C. (2012). Right to a normal life - the progress of changing attitudes towards people with mental disabilities in Tanzania. *Bachelor Degree Project, 15 HEC Study Programme of International Social Work*
- Freitas, M. e Santos, S. (2018) Adaptive Behavior and Quality of Life of adults with intellectual disabilities: Psychomotor Therapy as support. *Journal of Novel Physiotherapy and Physical Rehabilitation*, 5(2): 31-38. doi: [10.17352/2455-5487.000060](https://doi.org/10.17352/2455-5487.000060)
- Instituto Nacional de Estatística de Moçambique (INE, 2018). *III Recenseamento Geral da População e Habitação*. Moçambique.
- Jardim, N. e Santos, S. (2016). Effects of a psychomotor intervention in water in the quality of life of adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Novel Physiotherapy and Physical Rehabilitation*. 3(1): 53-60, doi: 10.17352/2455-5487.000036
- Júnior, A., Afonso, C. e Santos, S. (2017). La musica nell'intervento psicomotorio com adulti com difficoltà intellettive ed evolutive – Contributo per il comportamento adattivo. *Ricerca e Studi (R e S)*, 1: 2-10
- Laat, S., Freriksen, E. e Vervloed, M. (2013). Attitudes of children and adolescents toward persons who are deaf, blind, paralyzed or intellectually disabled. *Research in Developmental Disabilities*, 34: 855-863. doi: 10.1016/j.ridd.2012.11.004
- Leitão, A. e Santos, S. (2017). O contributo da Intervenção Psicomotora em meio aquático em indivíduos com DID nas competências em meio aquático e adaptativas. *A Psicomotricidade, no prelo*
- McKenzie, J., McConkey, R. e Adnams, C. (2013). Intellectual disability in Africa: implications for research and service. *Disability Rehabilitation*, 35(20): 1750-1755. doi: 10.3109/09638288.2012.751461
- Massarongo-Jona, O. (2016). O Direito à Saúde como um direito humano em Moçambique. *Cadernos Ibero-americanos de direito sanitário*, 5, 152-164.
- Morais, A., Santos, S., Lebre, P., Tuzzo, R. e Mila, J. (2016). Propriedades psicométricas do Examen Geronto-Psychomoteur (EGP): a Validação em Portugal e no Uruguai. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 41: 5-22
- Omoni, M. (2014). Parental Attitudes towards Disability and Gender in the Nigerian Context: implications for Counselling. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 5 (20): 2255-2260. doi: 10.5901/mjss.2014.v5n20p2255
- Pereira, D. e Santos, S. (2019). *Intervenção Psicomotora por terras de Moçambique: crianças com paralisia cerebral e jovens com DID, uma realidade escondida*. Atas das Jornadas Científicas da Psicomotricidade na FMH (no prelo).

Plano Nacional de Ação para a Área da Deficiência [PNAD] (2012). *Plano Nacional da Área da Deficiência – PNAD II 2012 – 2019*. República de Moçambique. Maputo, Moçambique.

Portal do Governo de Moçambique (2015a). *População*. Obtido em 27 de outubro de 2017, de Portal do Governo de Moçambique: <http://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Mocambique/Populacao>.

Portal do Governo de Moçambique (2015b). *Geografia de Moçambique: Províncias e Distritos*. Obtido em 27 de outubro de 2015, de Portal do Governo de Moçambique: <http://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Mocambique/Geografia-de-Mocambique/Provincias-e-Distritos>.

Ravim e Handicap International Moçambique (2010). *As pessoas com deficiência em Maputo e Matola - Representação social da Deficiência; Situação socioeconómica; condições de acesso aos serviços sanitários e sociais; Sistema de actores locais*. Maputo, Moçambique.

UNICEF Moçambique (2014a). *A Mudança Acontece - Histórias de vida e Estudos de caso que visam estimular o reforço da família e impulsionar o desenvolvimento de um sistema integrado de protecção da criança, em Moçambique*. Maputo, Moçambique: UNICEF Moçambique; Ministério da Mulher e da Ação Social – República Moçambique.

UNICEF Moçambique (2014b). *Situação das Crianças em Moçambique 2014*. Maputo, Moçambique.

United Nations Conference on Trade and Development (2012). *Investment policy review-Mozambique*. United Nations Publication

Zhang, C. (2001). Multicultural views of disability: Implications for early interventionist professionals. *Infant-Toddler Intervention*, 11(2): 143-154.

Artigo 1: O comportamento adaptativo e os fatores psicomotores na Qualidade de Vida de crianças com perturbações do desenvolvimento: a intervenção psicomotora como apoio.

Resumo: A atual abordagem funcional e ecológica no âmbito da reabilitação pretende a compreensão do funcionamento humano na sua multidimensionalidade, que se baseado num sistema interativo de apoios, ajustados às necessidades individuais conduz a resultados pessoais positivos, ao nível da funcionalidade e da participação social. O interesse crescente pelo comportamento adaptativo (CA), apoios e qualidade de vida (QdV) para uma relação de qualidade com o envolvimento baseia-se na constatação do CA e dos apoios como preditores da QdV, que tem surgido como constructo orientador na reorganização dos serviços e na avaliação da eficácia das intervenções, incluindo a dos psicomotricistas. Apesar da aposta mais recente, ainda é escassa a investigação na área dos perfis funcionais e psicomotores das crianças com perturbações de desenvolvimento (PD) e do contributo que a intervenção psicomotora pode deter. É nesta ideia que o presente artigo, de carácter teórico, se situa, tentando enquadrar o eventual contributo da intervenção psicomotora, enquanto um dos eventuais apoios disponibilizados a crianças com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais ou paralisia cerebral, focada na estimulação adaptativa e dos fatores psicomotores, pode deter na melhoria da qualidade de vida do grupo em questão.

Palavras-chave: Apoios, Comportamento Adaptativo; Crianças; Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental; Fatores Psicomotores; Intervenção Psicomotora; Paralisia Cerebral, Qualidade de Vida.

Article 1: Adaptive Behavior and Psychomotor Competences in Quality of Life of children with developmental disorders: psychomotor approach

Abstract:

The functional and ecological approach of the Rehabilitation model aims at understanding human functioning in its multidimensionality, based on an interactive support system leading to positive personal outcomes. The increasing interest for adaptive behavior (AB) and supports needs as main predictors of quality of life (QoL), have been influencing services and institutions' reorganization towards functionality and social participation of people with developmental disorders. This new paradigm is also been applied to psychomotor therapist intervention. Although some recent research in the evaluation of psychomotor intervention, it still lacks more knowledge about adaptive behavior and psychomotor profiles of children with developmental disorders. Therefore, the present article, based on literature review, aims to frame the possible contribution of psychomotor intervention, as one of the supports provided to children with intellectual and developmental disabilities or cerebral palsy, on AB and psychomotor factors development, trying to analyses its impact in their quality of life.

Keywords: Adaptive Behavior; Cerebral Palsy; Children; Intellectual and Developmental Disability; Quality of Life; Psychomotor Competences; Psychomotor Therapy; Supports

Artigo 1: O comportamento adaptativo e os fatores psicomotores na Qualidade de Vida de crianças com perturbações do desenvolvimento: a intervenção psicomotora como apoio.

O Comportamento Adaptativo

A nova conceitualização da Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (DID) tem dado destaque ao critério, agora formalizado do comportamento adaptativo (CA) cujas limitações concomitantes com as dificuldades intelectuais têm uma expressão ao nível das competências conceituais, práticas e sociais antes dos 18 anos de idade (Schalock et al., 2010a; Schalock et al., 2012). Na dimensão cognitiva incluem-se as habilidades e competências inerentes a qualquer processo de aprendizagem (e.g.: raciocínio, resolução de problemas, abstração, entre outros), a dimensão prática inclui as competências funcionais de vida diária fundamentais para a independência pessoal, e a dimensão social inclui a capacidade de iniciar e manter relações interpessoais, assumindo os comportamentos esperados para o seu escalão etário e de acordo com os valores socioculturais vigentes (Borthwick-Duffy, 2007).

Esta nova perspetiva de DID integra, assim, o grau de sucesso relativamente às ações exercidas pelo indivíduo no seu escalão etário e no contexto sociocultural onde está inserido (Verdugo, Navas, Urries, Gómez e Arias, 2012a). Em Portugal, a relevância do CA tem vindo a ser reforçada (Chagas e Santos, 2018; Santos, 2017), tendo sido em 2007 recomendada no âmbito da certificação das instituições (Moniz, 2007), destacando-se três componentes (Lambert, Nihira e Leland, 1993): **funcionamento independente** relativo à forma como os indivíduos concretizam as atividades de vida diária; **responsabilidade pessoal** quando se espera que o indivíduo assuma as suas ações e comportamentos; e, por fim, **responsabilidade social** que implica que a pessoa assuma o seu papel enquanto cidadão ativo e em contexto comunitário.

No âmbito da fundamentação e da relevância do comportamento adaptativo e, apesar das inúmeras definições existentes, assume-se a definição nacional de Santos e Morato (2012b) que entendem o CA como um conjunto de competências aprendidas ou alcançadas para desempenhar tarefas com êxito ao nível da autonomia, responsabilidade pessoal e social, procurando constantemente o ajuste correspondente às expectativas socioculturais e etárias, assumindo dessa forma um papel ativo na comunidade em que está inserido.

Esta ideia é corroborada por outros autores (e.g.: Luckasson e Schalock, 2012; Tassé et al., 2012) que realçam a capacidade da pessoa em gerir e lidar com os

variados acontecimentos e exigências do dia-a-dia. Oakland e Harrison (2008) englobam, no constructo de CA, diversas competências como: comunicação, saúde e segurança, cuidados pessoais, independência, responsabilidade e capacidades motoras que fazem parte das principais áreas importantes para o funcionamento. Hatton e colegas (2003) acrescentam as expectativas culturais, sendo observado o desempenho adaptativo típico em distintos contextos e situações, i.e., avalia o desenvolvimento de certas competências na escola, no cuidado consigo próprio, em casa, na interação com os seus pares e adultos e, por fim, na independência em diversas situações. Os resultados desta avaliação são baseados nos comportamentos reais do sujeito, evitando a estigmatização e, ao mesmo tempo, fornecendo informação da relação deste com o meio onde se insere (Hatton et al., 2003).

De acordo com a revisão da literatura, e com especial destaque no campo da DID sente-se um interesse crescente com os constructos de CA, apoios e qualidade de vida (e.g.: Buntinx e Schalock, 2010; Schalock e Verdugo, 2002; Simões, Santos, Biscaia e Thompson, 2016b; Thompson et al., 2014a), especialmente após a concetualização do modelo biopsicossocial (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004) e da abordagem funcional da DID (Luckasson e Schalock, 2012). Esta nova perspetiva sobre a pessoa com DID implica que o foco se centre não exclusivamente na avaliação do coeficiente de inteligência e, portanto, nas limitações cognitivas individuais, mas antes na qualidade da relação que a pessoa estabelece com o seu contexto (Tassé et al., 2012).

A abordagem funcional da DID pretende a compreensão do funcionamento humano “aceitando” a sua multidimensionalidade que, baseado num sistema interativo de apoios, conduz a resultados pessoais, que se esperam positivos e com maior participação (Luckasson e Schalock, 2012), i.e.: relação entre capacidades, envolvimento/apoios e funcionamento independente (Luckasson e Schalock, 2012). Para os autores, para além de atuar como critério para o diagnóstico de DID, o comportamento adaptativo permite a compreensão contextualizada da pessoa ao mesmo tempo que a avaliação baseada no comportamento típico e de acordo com as expectativas socioculturais possibilita uma abordagem multidimensional correlacionada com a provisão de um plano de apoios personalizado e de acordo com as necessidades individuais. Realça-se a clarificação do papel e do impacto do envolvimento na perspetiva socioecológica onde os fatores pessoais e contextuais assumem o seu papel na participação social (Luckasson e Schalock, 2012; OMS, 2004).

Para os profissionais que atuam na intervenção com pessoas com DID, este conceito torna-se relevante, não só para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, mas também para a sua adaptação social baseados na criação de objetivos e planos de intervenção específicos, adaptados a cada indivíduo (Tassé et al., 2012) e considerando, não só as capacidades e limitações, mas também os interesses e preferências pessoais (Thompson et al., 2009). O comportamento adaptativo tem presente a aprendizagem e o desempenho de habilidades, necessárias para enfrentar com sucesso as expectativas da sociedade, e de acordo com o seu escalão etário. O funcionamento individual engloba ainda a capacidade para manter relações sociais responsáveis (Tassé, et al., 2012).

Santos e Morato (2012a) constataram diferenças significativas em todos os domínios adaptativos de pessoas entre os 6 e os 60 anos com DID, quando comparados com os seus pares, assumindo-se que as populações com DID se encontram menos adaptados ao seu contexto (Santos e Morato, 2012a), necessitando por isso de mais apoios e de mais tempo para a aquisição de outro tipo de competências (e.g.: marcha, linguagem verbal, entre outros) (Woolf, Woolf e Oakland, 2010). O conjunto de limitações nestas áreas associadas ao compromisso cognitivo (e.g.: funções executivas - Danielsson, Henry, Messer, e Rönnberg, 2012, de Bildt et al., 2005) às maiores limitações sensoriomotoras (que necessitam de mais tempo para o seu desenvolvimento) e à dificuldade na compreensão das exigências da tarefa e da maior tendência para a distratibilidade irão ter consequências ao nível do desempenho produtivo e da responsabilidade pessoal e social (Santos e Morato, 2012b). Por outro lado, a limitação na exploração do envolvimento e as menores oportunidades de interação em plena comunidade (Jacobson, Mullick e Rojahn, 2007) condicionam as relações interpessoais (Katz e Lazcano-Ponce, 2008; Santos, 2014; Santos e Morato, 2002, 2012c; Sartawi, AlMuhairy, e Abdat, 2011).

Vários autores (e.g.: Lerman, Apgar e Jordan, 2005; Nihira, 1999; Rose, White, Conroy e Smith, 1993) realçam as diferenças na trajetória adaptativa de acordo com outras variáveis, como o nível de “severidade” e o local de residência (i.e.: institucionalização vs. ambiente comunitário), os valores socioculturais (Bornstein, Giusti, Leach, e Venuti, 2005; Borthwick-Duffy, 2007; Craig e Tassé, 1999; Nihira, 2012; Santos e Morato, 2012e; Santos et al., 2010; Schalock et al., 2012), o género (Bornstein et al., 2005; Bornstein e Hahn, 2007; Santos e Morato, 2012d), a idade (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012c), entre outros.

No que toca à sua trajetória desenvolvimental o CA reflete o processo evolutivo maturacional (Grossman, 1977) devendo dedicar-se particular atenção à estimulação

das competências sensoriomotoras, de comunicação/linguagem, socialização e autonomia nos primeiros anos de vida e durante o período da infância. Para o autor, quando estas habilidades estão adquiridas permitem a complexificação das aprendizagens focando-se nas aquisições académicas, capacidade de tomada de decisões e na participação social, para que na idade adulta a capacitação económica e laboral seja uma realidade. A conceitualização mais atual passa pelo foco na idade cronológica e não na “idade mental” centrando-se na funcionalidade individual e na participação social (Lambert et al., 1993), o que vai ter como consequências a reorganização dos apoios e dos serviços prestados às pessoas com DID.

O comportamento adaptativo varia com a idade (Loveland e Kelley, 1988) parecendo aumentar até à adolescência e início da idade adulta, entrando numa fase de estabilização entre os 21 e os 45 anos (Hawkins, Eklund, James e Foose, 2003; Santos e Morato, 2012c), para o declínio progressivo perto dos 30 anos (em pessoas com Trissomia, por exemplo) ou mesmo mais tarde para outros tipo de DID (Hawkins et al., 2003; Prasher, Chung e Haque, 1998; Santos e Morato, 2012a), destacando-se o declínio precoce das habilidades motoras quando comparadas com os restantes domínios (Hawkins et al., 2003). Dykens, Hodapp e Evans (2006) dão como exemplo as dificuldades na linguagem que tendem a aumentar com a idade (e com o desfaseamento do desenvolvimento dos seus pares típicos), apesar da menor correlação entre comportamento adaptativo e segunda infância, quando comparado com os primeiros anos.

Na análise das competências adaptativas e na sua evolução com a idade, dada a importância desta variável na maturação sequencial adaptativa (Borthwick-Duffy, 2007; Craig e Tassé, 1999; Dykens et al., 2006; Loveland e Kelley, 1988; Nihira, 1999; Raynes, 1987; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2010), a nível nacional constataram-se diferenças significativas entre as competências adaptativas de crianças e jovens com e sem DID na maioria dos domínios, observando-se um aumento nos valores médios com o avançar da idade até à sua estabilização na idade adulta (Santos e Morato, 2012c). Neste sentido, os autores constataam, e tal como esperado, valores mais baixos no grupo das crianças entre os seis e os dez anos destacando-se as maiores dificuldades no que toca às atividades de funcionamento independente (e.g.: *Autonomia, Desenvolvimento Físico, Atividade Doméstica, Atividade Pré-Profissional*) e da participação social (e.g.: *Personalidade, Responsabilidade e Socialização*) admitindo que é este o período onde se inicia o processo de aprendizagem de tais competências.

Tal como seria expectável, as crianças mais novas (entre os seis e os 10 anos) tendem a demonstrar menores competências do ponto de vista da *Autonomia* (Santos e morato, 2012c), razão pela qual se edifica como uma das áreas prioritárias de intervenção, com crianças com e sem perturbações de desenvolvimento. Por outro lado, e ao nível do *Desenvolvimento Físico* os autores inferem a necessidade de mais tempo para a aprendizagem de determinadas aquisições (e.g.: equilíbrio, lateralização, estruturação espaciotemporal, praxia global e fina) por parte das crianças com DID, e que poderão estar na base da diferença temporal necessária para as aprendizagens. Esta situação volta a observar-se ao nível dos domínios de *Números e Tempo* e do *Desenvolvimento da Linguagem* que além de se focarem na comunicação, apelam a conhecimentos académicos (e.g.: leitura, escrita e matemática) mas que se não são adquiridos, pelas crianças com DID, nas idades mais precoces, irão contribuir para o maior desfasamento na comparação com os pares típicos no período de escolaridade obrigatória (Santos et al., 2010). Assim, a tendência para a expressão pré-verbal ou com discurso pouco articulado ou inteligível (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012a; Sartawi et al., 2011), a pobreza do vocabulário, as limitações ao nível da morfologia e semântica linguística têm repercussões ao nível da aprendizagem da leitura e escrita (Simons e Dedroog, 2009), e da matemática (de Bildt et al., 2005).

De uma forma geral, as pessoas com DID tendem a ter dificuldades ao nível da autonomia (e.g.: alimentação, higiene, vestuário, mobilidade, entre outros) (Santos, 2014; Macho, Alonso, Martínez e Sanchez, 2010; Santos e Morato, 2012c) e da atividade económica, estando esta diretamente relacionada com aquisições académicas, que é uma das áreas pouco estimulada (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2010; Wagner, Newman, Cameto, Garza, e Levine, 2005). As dificuldades ao nível da atividade simbólica, do raciocínio abstrato, da memória e da resolução de problemas complexos (Cobb e Mittler, 2005) contribuem para as maiores limitações na *Atividade Económica* e na utilização do dinheiro (e.g.: reconhecimento do valor e quantidade, estimativas e poupanças, manutenção de contas bancárias, entre outros), e também impactam, de forma menos positiva, a participação social e laboral, em idade adulta (Kampert e Goreczny, 2007; Santos, 2014; Santos e Morato, 2012a; Su, Lin, Wu e Chen, 2008; Wagner et al., 2005).

A compreensão e interiorização de conceitos abstratos como a pontualidade ou a produtividade parece ser só adquirida (e nos casos em que é adquirida) no final da adolescência e início da idade adulta, sendo a maioria das deslocações da responsabilidade dos prestadores de cuidados, que assim desvalorizam a aprendizagem deste tipo de competências diárias, e que desempenharão um papel

fundamental em contexto laboral (Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2010). Ainda para os mesmos autores, a imaturidade desenvolvimental, associada à eterna infantilização das pessoas com DID (Santos, 2010) parecem ser alguns dos fatores que contribuem para a não estimulação de competências de responsabilidade, ao mesmo tempo que Santos e colaboradores (2010) constataam a tendência para uma menor capacidade de iniciativa associada a um maior índice de passividade (Santos e Morato, 2012a). Estes comportamentos também se fazem sentir a nível social, domínio onde crescem as limitações no reconhecimento de expressões faciais e de pistas sociais, parecendo não apreender os conceitos de cooperação e consideração por outros (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012b; Santos et al., 2010; Sartawi et al., 2011) ou as regras sociais expectáveis (Katz e Lazcano-Ponce, 2008), com restrições ao nível das relações interpessoais que estabelecem, observando-se que os seus amigos são, habitualmente, ou colegas da instituição ou prestadores de cuidados (formais e informais) (Zetlin e Morrison, 1998).

No âmbito dos desajustamentos, a literatura também aponta para uma menor adequação comportamental, com tendência para as pessoas com DID apresentarem com maior frequência e intensidade comportamentos estereotipados e hiperativos (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012a; Santos e Morato, 2016), auto-abusivos (Silva, Veríssimo, Carneiro, Felix e Santos, 2018), agressivos (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012b; Santos et al., 2010; Sartawi et al., 2011) que aumentam com a idade e durante o período de desenvolvimento (Burchinal, Roberts, Zeisel e Rowley, 2008; Craig e Tassé, 1999; Grossman, 1977; Pulkinnen, 2004; Santos, 2014).

A superproteção, a desresponsabilização, as baixas expectativas associadas ao compromisso cognitivo são algumas das explicações para estes menores valores (Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2010). Os comportamentos de maior desatenção, agressividade, oposição e auto-estima parecem ser característicos em crianças com DID nesta faixa etária – entre os seis e os treze anos (Larocci e Burack, 1998; Polloway, Epstein, Cullinan e Luebke 1986), pelo que Santos e Morato (2012c) reforçam a necessidade de se estimular a autorregulação comportamental (i.e.: ajustamento do comportamento às circunstâncias), a interiorização de regras sociais e a promoção da autodeterminação desde as idades mais baixas.

Santos (2014) comparou o nível de CA de 589 crianças e jovens portuguesas, dos 6 aos 16 anos, com e sem DID a frequentarem escolas especiais e regulares, respetivamente, de modo a entender de que forma as matérias e os conteúdos curriculares podem influenciar a área do CA. Os resultados obtidos com a aplicação da

Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (ECAP) revelaram diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos da amostra na maioria dos domínios, e em todas as variáveis, concluindo que os currículos, nomeadamente no que diz respeito aos conteúdos e atividades realizadas dentro da comunidade, diferem bastante nos dois tipos de estabelecimentos escolares, fator preponderante nos resultados obtidos e possível causa da não aquisição de competências por parte de crianças e jovens com DID. Ainda no mesmo estudo (Santos, 2014), observam-se diferenças significativas entre os grupos com DID ligeira e moderada, i.e., nos grupos com necessidade de apoios intermitente e limitado, respetivamente, com os primeiros a obter valores médios mais elevados e indicativos de maior adaptação, tal como expectável. Também o grupo com DID profunda e multideficiência, ou seja, com necessidade de apoio permanente, evidenciou diferenças significativas, níveis de funcionamento mais baixos em domínios do CA, quando comparado com os restantes grupos.

Em 2016, Santos e Morato com uma amostra similar de crianças e adolescentes dos 6 aos 18 anos, com e sem DID institucionalizados e a frequentar a escola regular, voltam a constatar os valores inferiores a nível adaptativo por parte dos participantes com DID em todos os domínios da primeira parte da escala relativos às competências de funcionamento independente, ao mesmo tempo que observaram maiores dificuldades consoante o (maior) nível de apoios, corroborando outros estudos (e.g.: Sadrossadat, Moghaddani e Sadrossadat, 2010; Sartawi, Al Muhairy e Abdat, 2011). Santos e Morato (2016) referem a importância que o escalão etário e os valores socioculturais assumem devendo ser equacionados em âmbito escolar (e.g.: Atividade Económica, Números e Tempo, e Atividade Doméstica), enquanto reportam que as dificuldades adaptativas funcionam como um fator de vulnerabilidade à aprendizagem e participação escolar diárias. Os autores questionam afinal que estratégias, conteúdos e contextos devem ser equacionados ao longo do processo de desenvolvimento das crianças e adolescentes com DID, reforçando a importância que os domínios adaptativos adotam na aprendizagem contínua (Roque e Santos, 2010; Tassé et al., 2012)

Pinto, Barros, Aguiar, Pessanha e Bairrão (2006) estudaram a relação entre idade desenvolvimental, dimensões do comportamento adaptativo e envolvimento através da avaliação de 120 crianças, dos 14 aos 49 meses, 60 do género feminino e 60 do género masculino, em creches (na sua maioria Instituições Particulares de Solidariedade Social e quatro com fins lucrativos), na área metropolitana do grande Porto. Para a avaliação do envolvimento, e tal como descrito pelos autores, utilizaram

o E-Qual III – *Engagement Quality Observation System III*, para o desenvolvimento das crianças a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths e a Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland. As crianças com níveis mais elevados de desenvolvimento e mais competentes na sua adaptação ao meio passavam mais tempo em níveis sofisticados de envolvimento, i.e., em comportamentos simbólicos, codificados ou de jogo construtivo, enquanto as crianças em condições opostas, apresentavam mais tempo não envolvidas. Os autores reiteram que a aprendizagem de cada criança depende e é mediada pela qualidade do envolvimento a que estão sujeitas.

Gligorovic e Buha (2014) atendendo que o controlo inibitório (CI) é conhecido como um dos mecanismos elementares das funções executivas importante para um melhor comportamento adaptativo, estudaram esta relação em 53 crianças com DID moderada, aplicando a versão modificada do *Day Night Task*, o teste Go/no-Go Tapping, e a primeira parte da Escala de Comportamento Adaptativo (Lambert, Nihira e Leland, 1993). Os resultados apontaram correlações significativas entre os domínios da inibição unitária e os domínios de *Autonomia*, *Atividade Económica*, *Desenvolvimento da Linguagem*, bem como com as respostas motoras do CI. Os domínios *Número e Tempo* denotaram correlações significativas com a atenção seletiva (teste Day Night task), e as autoras concluíram que o CI representa um fator desenvolvimental significativo nos diferentes domínios do CA em crianças com DID moderada.

Panerai, Tasca, Ferri, Genitori e Elia (2014) estudaram quais as componentes em comum nas Funções Executivas (FE) das Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), e a possível correlação com as competências adaptativas nas PEA com e sem DID. A amostra de 61 crianças, foi dividida em dois grupos: um grupo-teste com 27 crianças com PEA e outro de controlo com 35 crianças com desenvolvimento típico, que por sua vez foram sub-agrupados o primeiro em 11 crianças exclusivamente com PEA, 8 com estrutura funcional *borderline* e outras 8 crianças com DID ligeira; do grupo de controlo, 9 crianças apresentavam um desenvolvimento típico, 12 tinham estrutura funcional *borderline* (EFB) e as restantes 13 crianças DID ligeira. Todos os participantes foram avaliados ao nível do Planeamento, Flexibilidade Mental, Resposta Inibitória, Fluência Verbal, Funções Executivas Ecológicas e Funções Adaptativas (Panerai et al., 2014). Os resultados evidenciaram diferenças significativas entre os dois grupos (teste e controlo) no domínio *Socialização* e nos subdomínios da Vida Diária, e apesar da inexistência de diferenças ao nível da Comunicação, observando-se valores mais baixos no grupo de crianças com PEA e/ou DID ligeira. O

funcionamento adaptativo foi positivamente correlacionado com o nível intelectual (i.e. planeamento e fluência verbal), em ambos os grupos, bem como as competências adaptativas e a inibição de resposta e flexibilidade mental no grupo das crianças com PEA (não acontecendo o mesmo com o grupo com desenvolvimento típico), o que indicou que o desenvolvimento das competências adaptativas está relacionado com a maturidade das funções executivas (Panerai et al., 2014).

Dessefontet, Bless e Morin (2012) analisaram o desenvolvimento académico e adaptativo de 68 crianças com DID, de nacionalidade sueca, a frequentar escolas regulares (grupo experimental; n=34) usufruindo de apoios educativos, e escolas especiais (grupo de controlo; n=34), ao longo de dois anos letivos, sendo avaliados em três momentos diferentes ao nível das aquisições académicas e das competências adaptativas. As crianças do grupo experimental obtiveram maiores progressos no processo de alfabetização, não tendo, contudo, sido encontradas diferenças significativas entre os dois grupos em conteúdos matemáticos e no comportamento adaptativo (Hardiman, Guerin e Fitzsimons, 2009), tendo tido este último, em ambos os grupos, um progresso significativo. Dessefontet e colaboradores (2012) reforçam a necessidade de se desenvolverem mais práticas inclusivas no ensino, nomeadamente, na oferta de apoios aos alunos com DID.

A relação entre o CA e a QdV tem sido um tópico cada vez mais abordado na investigação, dado a independência, englobando o desenvolvimento pessoal e a autodeterminação se assumir como um dos fatores da qualidade de vida. Tal como foi reportado anteriormente, as pessoas com DID tendem a apresentar resultados inferiores em diversas medidas das competências pessoais-adaptativas (Claes, Van Hove, Vandeveld, van Loon e Schalock, 2012; Rey, Extremera, Duran e Ortiz-Tallo., 2013), apesar das evidências mais recentes (e.g.: Simões et al., 2016b) recomendarem alguma atenção na generalização da “relação”: menor nível de comportamento cognitivo e adaptativo implicam uma vida com menos qualidade, reforçando a maior relevância da oportunidade e da provisão de apoios adequada, e referindo que esta relação deve ser analisada *a luz do alinhamento entre as necessidades e capacidades das pessoas, do ajustamento da provisão dos apoios em função das exigências culturais e etárias expectáveis (Buntinx e Schalock, 2010; Thompson et al., 2009).

A avaliação adaptativa caracteriza-se pelo foco no comportamento típico (vs. desempenho máximo), que se diferencia dos problemas de comportamento e assume um constructo multidimensional (Luckasson e Schalock, 2012; Tassé et al., 2012), ao mesmo tempo que atua como um dos indicadores de qualidade nas atividades

(instrumentais) de vida diária, sendo o preditor com mais peso na qualidade de vida (Reinders e Schalock, 2014; Simões et al., 2016b). O comportamento adaptativo tem vindo a assumir maior responsabilidade no planeamento de intervenções (Kraemer, McIntyre e Blacher, 2003; Simões et al., 2016b), pretendendo contribuir para uma vida com mais qualidade, pelo que em seguida será feita a abordagem à qualidade de vida.

Qualidade de Vida

Apesar da conceção de Qualidade de vida (QdV) ser já debatida no tempo de Platão e Aristóteles (Schalock, Gardner e Bradley, 2007; Schalock e Verdugo, 2002), este conceito apenas ganha expressão na década de 60 quando o então Presidente norte-americano, Lyndon Jonhson, teoriza que os objetivos de cada país não podem restringir-se aos lucros financeiros, devendo englobar, também, a qualidade de vida que proporcionam aos cidadãos (Fleck et al., 1999). A concetualização deste constructo na DID, e depois de um período dedicado à sua análise em variadas áreas (Saviani-Zeoti e Petean, 2008) apenas é integrado nas décadas de 80 e 90, e como ainda não há uma definição global e unificada, faz com que seja, muitas vezes, baseado na perspetiva dos profissionais e não nas experiências pessoais do próprio indivíduo (Claes, van Hove, Vandeveld, van Loon e Schalock, 2009), apesar de estudos com adultos com DID com necessidades de apoio intermitente ou limitado, apontarem para a fiabilidade destes respondentes (Simões e Santos, 2016c).

Apesar da dificuldade numa única definição precisa e rigorosa (Felce, 1997) parece ser consensual perspetivar-se a QdV como um constructo de dimensões múltiplas com aplicação e relevância para todas as pessoas, independentemente da sua faixa etária, cultura, estatuto socio-económico ou localização geográfica. De acordo com a literatura existe uma multiplicidade de definições de QdV (Schalock e Verdugo, 2002) sem modelos teóricos validados (Cummins, 2005; Li, Tsoi, Zhang, Chen, e Wang, 2013; Townsend-White, Pham, e Vassos, 2012), encontrando-se este conceito relacionado com todas as vertentes do bem-estar do indivíduo (físico, psicológico e social), e ainda com o seu envolvimento, abrangendo também a saúde na sua complexidade e com a “perceção individual de cada sujeito face à sua própria vida no contexto cultural e do sistema de valores em que vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, valores e interesses” (WHOQOL-Group, 1994, p. 28). Costanza e colaboradores (2007) realçam a importância da satisfação pessoal (e do autorrelato) nos diferentes contextos da vida diária.

A concetualização da QdV assume quatro princípios fundamentais (Cummins, 2005; Phillips, 2006; Verdugo, Navas, Gómez e Schalock, 2012; Wang, Schalock,

Verdugo, e Jenaro, 2010): é um conceito multidimensional, influenciado por fatores individuais e ambientais; é constituído por domínios iguais para qualquer indivíduo; existindo componentes subjetivas e objetivas; e vivenciado quando existe a satisfação das necessidades do indivíduo, que permitem ter a oportunidade de enriquecer a própria vida através das atividades que desenvolve (Verdugo et al., 2012) e que pode variar com o tempo (Schalock, Keith, Verdugo e Gómez, 2010b). A utilização destes princípios, em condições adequadas, pode ter consequências positivas no que respeita à participação no contexto social, à independência e ao bem-estar do indivíduo (Schalock et al., 2005). Além disso, é um constructo hierárquico (Simões et al., 2016a; Wang et al., 2010) com propriedades universais para todas as culturas (Claes, Van Hove, Van Loon, Vandavelde, e Schalock, 2010; Schalock et al., 2007; Schalock et al., 2010b).

Resumindo, a QdV assume-se como um constructo multidimensional, hierárquico que combina indicadores objetivos e subjetivos (Costanza et al., 2007; Schalock et al., 2007) contextualizados no seu envolvimento (Schalock e Verdugo, 2002), destacando-se, na teoria e na prática, a perceção subjetiva da própria pessoa com DID que é quem vai definir a forma como a deficiência é experienciada (Romney, Brown e Fry, 1994). No campo da DID, o modelo concetual assumido será o de Schalock e Verdugo (2002), que tem sido alvo de inúmeras investigações (Gómez, Verdugo, Arias e Arias, 2011) tendo sido recentemente validado a nível nacional (Simões et al., 2016b).

Este modelo tripartido organiza-se por oito domínios agrupados em três fatores (Schalock et al., 2010b; Simões et al., 2016a):

- *Independência* envolvendo os domínios de desenvolvimento pessoal e autodeterminação;
- *Participação Social* incluindo os domínios de relações interpessoais, inclusão social e direitos;
- *Bem-Estar* abrangendo o bem-estar material, físico e emocional.

Verdugo e colaboradores (2012) defendem que os resultados encontrados nestes domínios e fatores irão permitir a planificação de um programa de intervenção mais adequado com as perpectivas e realização pessoal dos indivíduos com DID.

Simões e Santos (2016a) compararam a QdV e seus preditores em dois grupos de participantes com e sem DID, numa amostra de 1929 adultos, em que 1264 tinham DID (ligeira ou moderada) e 665 com desenvolvimento típico, através da aplicação da

EPR. Os resultados obtidos evidenciaram diferenças significativas na maioria dos domínios, com os participantes sem DID a exibirem valores mais elevados, à exceção nos domínios *Bem-Estar Físico* e *Emocional*, em que não houve diferenças significativas entre grupos.

Com o objetivo de investigar os fatores com impacto na QdV de pessoas com DID, Simões e Santos (2016b) diferenciaram dois conjuntos de características, pessoais e envolvimentoais, numa amostra portuguesa de 1264 pessoas dos 18 aos 66 anos, em que 769 participantes tinham DID ligeira e 495 com DID moderada, mas todos com comunicação verbal, para responder à EPR (Simões e Santos, 2012). As autoras constataram que tanto as características pessoais (e.g.: género, diagnóstico e idade) como envolvimentoais (circunstâncias da vida, atividades da vida diária e localização geográfica) influenciam a QdV, destacando-se o maior peso do diagnóstico, das circunstâncias da vida e as atividades da vida diária (Simões e Santos, 2016b). As autoras concluíram que tanto as respostas dadas pelos participantes, como as dadas pelos seus cuidadores coincidiam, inferindo-se igual percepção de QdV. O estudo identificou diferenças significativas entre os respondentes quanto à *Participação Social e Bem-estar*, e valores totais da EPR, nas duas partes: autorrelato e resposta pelos cuidadores. As pessoas com DID ligeira apresentam valores mais altos do que as pessoas com DID moderada em todos os domínios.

No momento atual, o constructo de QdV não atua somente no âmbito da sensibilização da população, mas surge como linha orientadora a nível político e prático, permitindo a reorganização dos serviços com base na avaliação dos resultados pessoais (Buntinx e Schalock, 2010; Townsend-White et al., 2012; Verdugo et al., 2012) visando a funcionalidade e a participação social com todas questões inerentes à vida independente e capacitação das pessoas com DID (Cummins, 2005; Schalock et al., 2002; Schalock et al., 2007; Verdugo et al., 2005).

Um dos apoios que, e a nível nacional e em contexto institucional, é frequentemente oferecido às pessoas com DID e Paralisia Cerebral é a intervenção psicomotora (e.g.: Antunes e Santos, 2015; Jardim e Santos, 2016; Ramos, Sousa, Estevens, Duarte e Santos, 2017; Santos, 2017; Valente, Santos e Morato, 2012) cujo objetivo último se prende com o empoderamento da pessoa e com a sua adaptação que se pretende competente, para uma vida com mais qualidade. Desta forma, será refletida a relevância que a intervenção psicomotora pode deter na estimulação de todas as capacidades para uma vida com mais qualidade.

A Intervenção Psicomotora como apoio na adaptação e na qualidade de vida

Fonseca e Martins (2001) consideram a intervenção psicomotora um meio cada vez mais indispensável como resposta a muitas situações onde a adaptação está comprometida e onde é essencial uma compreensão abrangente e profunda do funcionamento do sujeito nas suas várias áreas comportamentais. Esta resposta, como forma de intervenção por mediação corporal, é centrada numa perspetiva sistémica e holística da pessoa. Fonseca (2010), com base nos trabalhos desenvolvidos por Wallon e Ajuriaguerra, refere que a Psicomotricidade concebe os determinantes biológicos e culturais do desenvolvimento da criança como dialéticos e não como redutíveis uns aos outros. O autor acrescenta que só se consegue construir estratégias do foro educativo, terapêutico e reabilitativo adequado às necessidades específicas de cada indivíduo se se, a partir da elaboração de uma teoria psicológica, estabelecer uma relação entre o comportamento, desenvolvimento e maturação do sistema nervoso do indivíduo.

A psicomotricidade intervém considerando o ser humano de forma holística cujas funções cognitivas, socio-económicas, simbólicas, psicolinguísticas e motoras são integradas com a finalidade de desenvolver a capacidade de ser e atuar do indivíduo num contexto psicossocial (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2017). Como tal, e para a expressão deste conjunto de relações, a intervenção psicomotora visa a interação da componente motora e psíquica do comportamento humano (Fonseca, 2001). O campo de estudo em que a psicomotricidade se centra abrange o comportamento motor, o funcionamento afetivo, psicológico, a personalidade, a perceção, as cognições e interações entre estes domínios e o modo como o sujeito comunica, verbal e não-verbalmente, com o envolvimento que o rodeia seja físico ou humano (Fonseca e Martins, 2001).

Fonseca e Martins (2001) indicam a intervenção psicomotora a quem, por intermédio do agir, da experimentação e investimento corporal, pode evoluir e a quem necessita reencontrar a possibilidade de se expressar e organizar o pensamento, valorizando a ligação entre a realidade e a interiorização da vivência corporal. No entanto, na aplicação prática diária dos princípios acima indicados, nomeadamente em indivíduos com DID, os profissionais deparam-se com algumas dificuldades, visto que em situações onde o indivíduo deveria assumir o controlo, a gestão e a decisão sobre a sua própria vida, muitas vezes ele não o faz, sendo remetido para ações que se destinam apenas a controlá-lo, dominá-lo e excluí-lo (Morisse, Vandemaele, Claes, Claes, Vandeveldel, 2013).

A intervenção paralelamente ao desenvolvimento dos fatores psicomotores como a tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção corporal, estruturação espacio-temporal, praxia global e fina, objetiva também a promoção da capacidade de adaptação, de desenvolver estratégias face a dificuldades e de um reconhecimento positivo do Eu corporal. Consequentemente a esta integração, advém a possibilidade de um melhor desenvolvimento a diversos níveis físico, social, mental e psicomotor. Este processo tem um caráter essencial no combate e/ou prevenção de doenças e, como tal, na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (Fonseca, 2001).

Carretero-Martíne, Romero-Naranjo, Pons-Terrés e Crespo-Colomino (2014) analisaram, a partir da música e movimento, o desenvolvimento de 60 alunos com sete e oito anos, a frequentar o 2º ou o 3º ano do primeiro ciclo de uma escola em Alicante, Espanha, em três áreas: cognitiva, visuo-espacial e psicomotora, com base no método BAPNE onde o processo de ensino-aprendizagem se baseia em atividades de percussão corporal com foco em cinco disciplinas: Biomecânica, Anatomia, Psicologia, Neurociências e Etnomúsica (iniciais que originam o nome do método referido). Os autores inferiram a influência positiva deste método no desenvolvimento das três áreas. Trinta alunos, escolhidos aleatoriamente, foram incluídos no grupo de controlo mantendo as aulas de música regulares e os restantes trinta alunos do grupo beneficiaram de atividades de percussão corporal do método do sistema BAPNE. Os resultados obtidos com a aplicação do teste Harris (para a definição da lateralidade) e do Movement Assessment Battery for Children – Second Edition versão adaptada apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos, indiciando o impacto positivo da metodologia BAPNE na coordenação e lateralidade das crianças do ensino primário (Carretero-Martíne et al., 2014).

Por outro lado, Corsi, Santos, Marques e Rocha (2016) estudaram o impacto de fatores extrínsecos no desenvolvimento motor fino de 94 crianças, com dois anos, a frequentar creches, avaliadas pela Bayley Scale of Infant and Toddler Development (BSITD-III) e pela Infant/Toddler Environment Rating Scale (ITERS-R). Os autores entrevistaram, ainda, os pais sobre os dados socioeconómicos, escolaridade materna e tempo de permanência dos seus filhos na creche e realizada ainda uma entrevista aos pais. Estes dois últimos fatores referidos e a qualidade das creches relacionam-se positivamente com o desenvolvimento das capacidades de motricidade fina das crianças. A qualidade das salas de aula associa-se ao desempenho motor fino quando relacionado à linguagem oral e compreensão, no sentido em que é proporcionada a oportunidade para a criança se expressar mais e melhor e, consequentemente, acrescida a motivação para atividades de motricidade fina, como os grafismos.

Fotiadou, Neofotistou, Giagazoglou e Tsimaras (2017) estudaram os efeitos de um programa de educação psicomotora no equilíbrio estático de 20 crianças entre os oito e doze anos, com DID ligeira a frequentar escolas especiais. As crianças foram distribuídas aleatoriamente por dois grupos, de controlo e experimental, sendo que este último usufruiu do programa durante 16 semanas. Em ambos os grupos foram avaliadas as características antropométricas, o desenvolvimento motor e o equilíbrio estático a partir de uma plataforma de pressão eletrónica. O programa incluía atividades motoras e de aptidão física, através de várias experiências sensoriais motoras, que resultaram em melhorias em todos os índices, reforçando a ideia do impacto positivo do programa psicomotor enquanto abordagem educacional aplicado ao currículo de crianças com DID (Fotiadou et al., 2017).

Jardim e Santos (2016) analisaram o impacto da intervenção psicomotora em meio aquático nas competências aquáticas e na QdV de 19 adultos, entre os 19 e os 45 anos, com DID “ligeira e moderada”, de três diferentes Centros de Atividades Ocupacionais (CAO), através da Escala Pessoal de Resultados (EPR - Simões e Santos, 2012) e da Ficha de Avaliação do Comportamento em Meio Aquático. Após o programa de intervenção psicomotora, foram registadas tanto no autorrelato, como na área respondida pelos cuidadores, melhorias na QdV dos participantes, sendo que os domínios das *Relações Interpessoais* e *Bem-estar Emocional* apresentaram diferenças significativas com impacto positivo nas suas vidas, contrariamente aos domínios da *Autodeterminação* e do *Bem-estar Material* onde foram registados valores mais baixos. Na avaliação de retenção, os domínios dos *Direitos*, *Autodeterminação* e *Bem-estar Material* mantiveram-se inalterados. Os resultados apontaram para o impacto positivo da implementação de um programa de intervenção psicomotora em meio aquático ao nível da QdV dos participantes, em contexto de CAO.

Antunes e Santos (2015) aferiram que, os adultos com DID quando comparados com os seus pares típicos apresentam um desempenho motor inferior, destacando-se o equilíbrio (estático e dinâmico). Na comparação entre os participantes típicos e com T21, foi evidente a discrepância no equilíbrio, coordenação motora e destreza manual. Ainda que, quando comparado o grupo com T21 e DID, haja diferenças significativas apenas no domínio da coordenação manual, contrariamente ao expectável pela literatura. As dificuldades de ações motoras, bem como a desadaptação da força por parte dos participantes com T21, tendo como consequência uma maior descoordenação motora associada às dificuldades de equilíbrio, originam um desempenho motor mais comprometido por parte destes sujeitos (Antunes e Santos, 2015). Não obstante, findo o programa psicomotor levado

a cabo no estudo descrito, os resultados evidenciaram um desenvolvimento positivo nas competências adaptativas e motoras da população com DID, revelando, assim, o êxito do programa aplicado no âmbito da Intervenção Psicomotora.

Considerações Finais

Todo este conjunto de evidências e reflexões sobre a abordagem multidimensional do funcionamento humano (i.e.: adaptativa e psicomotora) incorre na capacitação dos decisores e dos prestadores de cuidados para assumirem as suas responsabilidades na prestação dos serviços e apoios adequados a cada pessoa (Luckasson e Schalock, 2012). O campo da DID tem sido confrontado com vários modelos e paradigmas e os recursos das organizações encontram-se num momento de reestruturação focados nos resultados pessoais (Schalock e Verdugo, 2002), situação que tende também ocorrer na atividade profissional dos psicomotricistas.

No momento atual, sente-se a necessidade da reorganização de apoios e respostas mais personalizadas e ajustadas às necessidades individuais (Simões e Santos, 2014), jogando-se com a estimulação das competências adaptativas (Santos e Morato, 2012b) para uma maior participação social com repercussões nos resultados pessoais e da qualidade de vida das pessoas com DID (Simões e Santos, 2014) em pleno contexto ecológico (Santos, 2014). Neste sentido realça-se a necessidade de mais investigações na área dos perfis funcionais das pessoas com DID, visando a articulação entre todos os intervenientes (e.g.: crianças com DID, famílias, professores e outros prestadores de cuidados) para planeamento centrados na pessoa com base nas parcerias protocoladas com e na comunidade (Santos, 2014; Santos e Gomes, 2016; Santos e Morato, 2016).

Parece ser clara a relação entre CA, QdV e apoios (e.g.: Claes et al., 2009; Harries, Guscia, Kirby, Nettebelck e Taplin, 2005; Riches, Parmenter, Llewellyn, Hindmarsh e Chan, 2009; Thompson et al., 2014b) apesar das diferentes direções que as mesmas podem assumir, i.e.: quanto maiores as competências adaptativas, maiores os índices de QdV (Chou, Lee, Chang e Yu, 2012; Claes et al., 2012; Nota, Ferrari, Soresi e Wehmeyer, 2007) o que pode ser explicado pelo facto do CA envolver habilidades para a funcionalidade diária (Nihira, 2012; Santos e Morato, 2012b); e valores indicativos de maior necessidade de apoios denotam relações significativas mas negativas com os valores adaptativos e de QdV (Harries et al., 2005; Riches et al., 2009; Thompson et al., 2014b). Em Portugal, Simões e colaboradores (2016b)

confirmaram esta tendência, evidenciando ainda o impacto que o CA tem na QdV, explicando cerca de 25% da sua variância, e que a combinação do CA com o perfil de apoios adequado se constitui como um predito robusto de QdV (Claes et al., 2012). Na análise correlacional Simões e colaboradores (2016b) constataram que o índice de QdV apresenta valores moderados de correlação com seis dos domínios da ECAP (na parte do autorrelato) e de sete na parte do relato dos cuidadores, sendo as correlações fracas ao nível dos domínios da Personalidade e da Responsabilidade, apesar de significativa e positiva do ponto de vista estatística (Claes et al., 2012; Nota et al., 2007; Rey et al., 2013).

Uma das recomendações da investigação nacional aponta para a necessidade de se analisar a relação entre a QdV e a adequação dos apoios das e para as pessoas com DID, inferindo-se que independentemente dos níveis de capacidade e da intensidade de apoios necessária, as pessoas com DID cujas necessidades estão a ser contempladas experienciam uma melhor qualidade de vida (Simões et al., 2016b). Neste sentido, a intervenção com crianças com DID deve apelar à aprendizagem de competências funcionais e com relevância na vida diária, destacando-se as capacidades socio-relacionais com os pares e de autodeterminação (Santos e Morato, 2012c).

A mudança de expectativas face às pessoas com DID, através da descrição funcional (Thompson et al., 2014) das dificuldades e das capacidades, da estimulação das competências adaptativas e a identificação dos apoios necessários para a autonomia pessoal parece ser um tópico recente e relevante na intervenção (Woolf et al., 2010), incluindo a atividade profissional do psicomotricista, visível até pelo número crescente de estudos na área, apesar de com amostras com adultos com DID (e.g.: Antunes e Santos, 2015; Jardim e Santos, 2016; Júnior, Afonso e Santos, 2017; Leitão e Santos, *no prelo*). É na perspetiva das características pessoais positivas das crianças e jovens com perturbações de desenvolvimento – destacando-se a gentileza, afetividade, sentido de humor e satisfação com a vida, capacidade de reconhecimento de regras sociais simples e consideração dos estados de tristeza/alegria dos que são mais próximos (Carter et al., 2015), que a presente investigação se situa, tentando compreender o eventual contributo de uma intervenção psicomotora – enquanto um dos apoios passíveis de serem oferecidos a crianças com DID, focada na estimulação do CA e dos fatores psicomotores, para a melhoria da qualidade do grupo em questão.

Referências

Antunes, A. e Santos, S. (2016). Os benefícios de um programa de Intervenção Psicomotora para indivíduos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais ao

nível do Comportamento Adaptativo e da Proficiência Motora: estudo comparativo. *A Psicomotricidade*, 18: 89-122.

Associação Portuguesa de Psicomotricidade (s/d). *Psicomotricidade*. In pesquisa feita 17a dezembro 2017 e retirado de <http://www.appsicomotricidade.org/entrada.html>

Bornstein, M., Giusti, Z., Leach, D., e Venuti, P. (2005). Maternal reports of adaptive behaviours in young children: Urban-rural and gender comparisons in Italy and United States. *Infant Child Development*, 14, 403-424, doi: 10.1002/icd.414.

Bornstein, M. e Hahn, C. (2007). Infant childcare settings and the development of gender-specific adaptive behaviours. *Early Child Development and Care*, 177(1), 15-41, doi: 10.1080/03004430500317192.

Borthwick-Duffy, S. (2007). Adaptive Behavior. In J. Jacobson, J. Mulick e J. Rojanh (eds.). *Handbook of intellectual and developmental disabilities* (279-295). Springer.

Buntinx, W., e Schalock, R. (2010). Models of disability, quality of life, and individualized supports: Implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7, 283–294. doi: 10.1111/j.1741-1130.2010.00278.x

Burchinal, M., Roberts, J., Zeisel, S. e Rowley, S. (2008). Social risk and protective factors for African American children's academic achievement and adjustment during the transition to middle school. *Developmental Psychology*, 44(1), 286-292. doi: 10.1037/0012-1649.44.1.286.

Carter, E., Boehm, T., Biggs, E., Annandale, N., Taylor, C., Looock, A. e Liu, R. (2015). Known for My Strengths. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 40(2), 101–119. doi:10.1177/1540796915592158

Carretero-Martínez, A., Romero-Naranjo, F. J., Pons-Terrés, J. M., e Crespo-Colomino, N. (2014). Cognitive, visual-spatial and psychomotor development in students of primary education through the body percussion–BAPNE Method. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 152, 1282-1287.

Corsi, C., Santos, M., Marques, L., e Rocha, N. (2016). Impact of extrinsic factors on fine motor performance of children attending day care. *Revista Paulista de Pediatria*, 34 (4), 439-446, doi: 10.1016/j.rppede.2016.03.007.

Chou, Y., Lee, Y., Chang, S., e Yu, A. (2013). Evaluating the Supports Intensity Scale as a potential assessment instrument for resource allocation for persons with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 2056–2063. doi: 10.1016/j.ridd.2013.03.013

Claes, C., Van Hove, G., Vandeveldde, S., van Loon, J., e Schalock, R. (2009). Evaluating the inter-respondent (consumer vs. staff) reliability and construct validity (SIS vs. Vineland) of the Supports Intensity Scale on a Dutch sample. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 329–338. doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01149.x.

Claes, C., Van Hove, G., van Loon, L., Vandeveldde, S. e Schalock, R. (2010). Quality of Life measurement in the field of Intellectual Disabilities: eight principles of assessing quality of life-related personal outcomes. *Social Indicators Research*, 98, 61-72; doi: 10.1007/s11205-009-9517-7

Claes, C., Van Hove, G., Vandeveldde, S., van Loon, J., e Schalock, R. (2012). The influence of supports strategies, environmental factors, and client characteristics on quality of life-related personal outcomes. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 96–103. doi: 10.1016/j.ridd.2011.08.024.

Cobb, H. e Mittler, P. (2005). *Diferenças significativas entre deficiência e doença mental*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Craig, E., e Tassé, M., (1999). Cultural and demographic group comparisons of adaptive behavior. In R. Schalock (Ed.), *Adaptive behavior and its measurement: Implications for the field of mental retardation* (119–139). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Costanza, R., Fishera, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., Snapp, R. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61(2–3), 267–276. doi: 10.1016/j.ecolecon.2006.02.023

Cummins, R. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699–706. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00738.x

Danielsson, H., Henry, L., Messer, D., e Rönnerberg, J. (2012). Strengths and weaknesses in executive functioning in children with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 600–607. doi: 10.1016/j.ridd.2011.11.004

De Bildt, A., Syetma, S., Kraijer, D., Sparrow, S., e Mindeeraa, R. (2005). Adaptive functioning and behavior problems in relation to level of education in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(9), 672–681. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00711.x

Dessemontet, R., Bless, G., e Morin, D. (2012). Effects of inclusion on the academic achievement and adaptive behaviour of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(6), 579–587. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01497

Dykens, E., Hodapp, R., e Evans, D. (2006). Profiles and development of adaptive behaviour in children with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 9(3), 45–50. doi:10.3104/reprints.293

Felce, D. (1997). Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 126–135.

Fleck, M., Fachel, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19–28.

Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: Perspetivas Multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora – significação psiconeurológica dos fatores psicomotores*. Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. e Martins, R. (2001). *Progressos em Psicomotricidade*. FMH Edições. Faculdade de Motricidade Humana - Universidade Técnica edições, Lisboa.

Fotiadou, E., Neofotistou, K., Giagazoglou, P., e Tsimaras, V. (2017). The effect of a psychomotor education program on the static balance of children with intellectual disability. *The Journal of Strength e Conditioning Research*, 31(6), 1702–1708, doi: 10.1519/JSC.0000000000001612.

Gligorović, M., e Buha Đurović, N. (2014). Inhibitory control and adaptive behavior in children with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability research*, 58(3), 233–242. doi: 10.1111/jir.12000

Gómez, L., Verdugo, M., Arias, B., e Arias, V. (2011). A comparison of alternative models of individual quality of life for social service recipients. *Social Indicators Research*, 101(1), 109–126. doi: 10.1007/s11205-010-9639-y

Grossman, H., (1977). *Manual on terminology and classification in mental retardation*. AAMD, EUA.

Hardiman, S., Guerin, S. e Fitzsimons, E. (2009). A comparison of the social competence of children with moderate intellectual disability in inclusive versus segregated school settings. *Research in Developmental Disabilities* 30, 397–407, doi: 10.1016/j.ridd.2008.07.006

Hartman, E., Houwen, S., Scherder, E. e Visscher, C. (2010). On the relationship between motor performance and executive functioning in children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 54 (5), 468-477. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01284.x;

Hassani, A., Kotzamanidou, M., Tsimaras, V., Lazaridis, S., Kotzamanidis, C. e Patikas, D. (2014). Differences in counter-movement jump between boys with and without intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 1433-1438, doi: 10.1016/j.ridd.2014.03.034;

Hatton, D., Wheeler, A., Skinner, M., Bailey, D., Sullivan, K., Roberts, J., Mirrett, P., Clark, R. (2003). Adaptive behavior in children with fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation*. 108 (6), 373-390, doi: 10.1352/0895-8017(2003)108<373:ABICWF>2.0.CO;2

Harries, J., Guscia, R., Kirby, N., Nette000lbeck, T., e Taplin, J. (2005). Support needs and adaptive behaviors. *American Journal on Mental Retardation*, 110, 393–404. doi: 10.1352/0895-8017(2005)110[393:SNAAB]2.0.CO;2

Hawkins, B., Eklund, S., James, D. e Foose, A. (2003). Adaptive behaviour and cognitive function of adults with down syndrome: modeling change with age, *Mental Retardation*, 41(1):7-28, doi: 10.1352/0047-6765(2003)041<0007:ABACFO>2.0.CO;2

Instituto Nacional de Estatística de Moçambique (INE, 2018). *III Recenseamento Geral da População e Habitação*. Moçambique.

Jacobson, J., Mulick, J., e Rojahn, J. (2007). *Handbook of intellectual and developmental disabilities: Issues in clinical child psychology*. NY: Spring Science.

Jardim, N. e Santos, S. (2016). Effects of a psychomotor intervention in water in the quality of life of adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Novel Physiotherapy and Physical Rehabilitation*. 3(1): 53-60, doi: 10.17352/2455-5487.000036

Júnior, A., Afonso, C. e Santos, S. (2017). La musica nell'interventono psicomotorio com adulti com difficoltà intellettive ed evolutive – Contributo per il comportamento adattivo. *Ricerca e Studi (R e S)*, 1: 2-10

Kampert, A. e Goreczny, A. (2007). Community involvement and socialization among individuals with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 278-286, doi: 10.1016/j.ridd.2005.09.004.

Katz, G., e Lazcano-Ponce, E. (2008). Intellectual disability: Definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *Salud Pública de México*, 50, 132–141.

Kraemer, B., McIntyre, L., e Blacher, J. (2003). Quality of life for young adults with mental retardation during transition. *Mental Retardation*, 41(4), 250–262. doi:10.1352/0047-6765(2003)41<250:QOLFYA>2.0.CO;2

- Lambert, N., Nihira, K., e Leland, H. (1993). *Adaptive Behavior Scale—School*, second edition. Austin, TX: PRO-ED.
- Larocci, G. e Burack, J., (1998). Understanding the development of attention in persons with mental retardation: challenging the myths. In Burack, J., Hodapp, R. e Zigler, E. (Eds). *Handbook of Mental retardation and Development*, (pp. 349-381) USA.
- Leitão, A. e Santos, S. (2017). O contributo da Intervenção Psicomotora em meio aquático em indivíduos com DID nas competências em meio aquático e adaptativas. *A Psicomotricidade, no prelo*
- Lerman, P., Apgar, D., e Jordan, T. (2005). Longitudinal changes in Adaptive Behavior of movers and stayers: findings from a controlled research design. *Mental Retardation*, 43, 25-42. doi: 10.1352/0047-6765(2005)43<25:LCIABO>2.0.CO;2
- Li, C., Tsoi, E., Zhang, A., Chen, S., e Wang, C. (2013). Psychometric properties of self-reported quality of life measures for people with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 25(2), 253–270. doi: 10.1007/s10882-012-9297-x.
- Loveland, K. e Kelley, M., (1988). Development of Adaptive Behavior in adolescents and young adults with autism and Down Syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 93 (1), 84-92.
- Luckasson, R. e Schalock, R. (2012). The role of Adaptive Behavior in a functionality approach to Intellectual Disability. In S. Santos e P. Morato (Edts). *Comportamento Adaptativo – 10 anos depois* (9-18). Edições FMH
- Macho, P., Alonso, M., Martínez, B. e Sánchez, L. (2010). La conducta adaptativa en personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 41 (3), 28-48.
- Moniz, I. (2007). *Modelo de Avaliação da Qualidade de Centro de Atividades Ocupacionais*. União Europeia Fundo Social Europeu, Governo da República Portuguesa, QCA III, Segurança Social, Instituto de Segurança Social
- Morisse, F., Vandemaele E., Claes C., Claes L., Vandeveldel S. (2013). Quality of life in persons with Intellectual Disabilities and Mental Health Problems: An explorative study. *The Scientific World Journal*, V.2013, Article ID 491918, 8 pages, doi: 10.1155/2013/491918;
- Nihira, K. (1999). Adaptive behavior: A historical overview. In R. Schalock (Ed.), *Adaptive behavior and its measurement: Implications for the field of mental retardation* (pp. 7–14). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Nihira, K. (2012). AAMR Adaptive Behavior Scale: Its history. In S. Santos e P. Morato (Eds.), *Comportamento adaptativo: Dez anos depois* (pp. 75–82). Lisboa, Portugal: Edições FMH.
- Nota, L., Ferrari, L., Soresi, S., e Wehmeyer, M. (2007). Self-determination, social abilities and the quality of life of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 850–865. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00939.x
- Oakland, T., e Harrison, P. L. (Eds.). (2008). *Adaptive behavior assessment system-II: Clinical use and interpretation*. New York: Elsevier.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2004). CIF – *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: classificação detalhada com definições*. OMS e Direção Geral de Saúde.
- Panerai, S., Tasca, D., Ferri, R., Genitori D'Arrigo, V., e Elia, M. (2014). Executive functions and adaptive behaviour in autism spectrum disorders with and without

intellectual disability. *Psychiatry Journal*, Article ID 941809, 11 pages, doi: 10.1155/2014/941809

Phillips, D. (2006). *Quality of life: concept, policy and practice*. London, UK: Routledge.

Pinto, A., Barros, S., Aguiar, C., Pessanha, M. e Bairrão, J. (2006). Relações entre idade desenvolvimental, dimensões do comportamento adaptativo e envolvimento observado, *Análise Psicológica*, CCIV (4), 447-466, doi: 10.14417/ap.538 .

Plano Nacional da Área da Deficiência II (2012). *Plano Nacional da Área da Deficiência – PNAD II 2012 – 2019*. República de Moçambique. Maputo, Moçambique.

Polloway, E., Epstein, M., Cullinan, D. e Luebke, J. (1986). Demographic, social and behavioural characteristics of students with educable mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation*. 21, 27-34.

Prasher, V., Chung, M., e Haque, M. (1998). Longitudinal changes in adaptive behaviour in adults with Down syndrome: interim findings from a longitudinal study. *American Journal of Mental Deficiency*, 103(1), 40-46, doi: 10.1352/0895-8017(1998)103<0040:LCIABI>2.0.CO;2.

Pulkkinen, L. (2004). Socioemotional behaviour in childhood as a precursor to delinquency and adaptation: gender differences. *Revista Portuguesa de Pedagogia*., 1,2,3: 11-48.

Ramos, J., Sousa, E., Estevens, M., Duarte, F. e Santos, S. (2017). A acessibilidade na visão do psicomotricista em contexto institucional: CERC Lisboa. *A Psicomotricidade*. (no prelo)

Raynes, N. (1987). Adaptive Behaviour Scales. In Hogg, J. e Raynes, N. (1987). *Assessment in Mental Handicap – a guide to assessment practices, test and checklists* (81-106). Brookline Books, Cambridge, Massachusetts.

Reinders, H. e Schalock, R. (2014). How organizations can enhance the quality of life of their clients and assess their results: The concept of QOL enhancement. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities* 119(4), 291-302, doi: 10.1352/1944-7558-119.4.291.

Rey, L., Extremera, N., Duran, A., e Ortiz-Tallo, M. (2013). Subjective quality of life of people with intellectual disabilities: The role of emotional competence on their subjective well-being. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26, 146–156. doi: 10.1111/jar.12015.

Riches, V., Parmenter, T., Llewellyn, G., Hindmarsh, G., e Chan, J. (2009). I-CAN: A new instrument to classify support needs for people with disability: Part I. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 326–339. doi: 10.1111/j.1468-3148.2008.00466.x

Romney, D., Brown, R., e Fry, P. (1994). Improving the quality of life: Prescriptions for change. *Social Indicators Research*, 33(1–3), 237–272. doi:10.1007/BF01078963

Roque, C. e Santos, S. (2012). Comportamento Adaptativo e DID: percepção de professores de educação especial: a nova terminologia. In S. Santos e P. Morato (eds). *Comportamento Adaptativo: 10 anos depois* (pp. 53–73). Edições FMH. UTL

Rose, K., White, J., Conroy, J., e Smith, D. (1993). Following the course of change: a study of adaptive and maladaptive behaviors in young adults living in the community. *Education and Training in Mental Retardation*, 28(2), 149-154.

Romney, D., Brown, R., e Fry, P. (1994). Improving the quality of life: Prescriptions for change. *Social Indicators Research*, 33(1–3), 237–272. doi:10.1007/BF01078963.

- Sadrossadat, L., Moghaddami, A., e Sadrossadat, S. (2010). A comparison of Adaptive Behaviors among mentally retarded and normal individuals: A Guide to Prevention and Treatment. *International Journal of Preventive Medicine*, 1: 34–38
- Santos, S. (2010). A Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento na Actualidade. Educação Inclusiva – *Revista da Pró-Inclusão: Associação Nacional de Docentes de Educação Especial*. 1 (2) dossier temático.
- Santos, S. (2014). Adaptive Behaviour on the Portuguese curricula: a comparison between children and adolescents with and without intellectual disability. *Creative Education*, 5(7), 501–509. doi: 10.4236/ce.2014.57059
- Santos, S. (2017). Psychomotor therapy e intellectual disability: from 0 to 100. *International Journal of Psychology and Neuroscience (IJPN)*, 3(2), 22-37.
- Santos, S. e Gomes, F. (2016). A Educação das crianças com Dificuldade Intelectuais e Desenvolvimentais vs. a convenção dos Direitos da Criança. *Journal of Research in Special Educational Needs*. 16 (s1): 51-54 doi: 10.1111/1471-3802.12268
- Santos, S. e Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Coleção Educação Especial. Nº8. Porto Editora.
- Santos, S. e Morato, P. (2012a). Estudo comparativo do comportamento adaptativo da população portuguesa com e sem dificuldade intelectual e desenvolvimental. In S. Santos e P. Morato (Eds.), *Comportamento adaptativo: 10 anos depois* (pp. 101–120). Lisboa: Edições FMH.
- Santos, S., e Morato, P. (2012b). O comportamento adaptativo em Portugal. In S. Santos e P. Morato (Eds.), *Comportamento adaptativo: 10 anos depois* (pp. 19–34). Lisboa, Portugal: Edições FMH
- Santos, S., e Morato, P. (2012c). Idade e comportamento adaptativo. In S. Santos e P. Morato (Eds.), *Comportamento adaptativo: 10 anos depois* (pp. 133–147). Lisboa: Edições FMH.
- Santos, S., e Morato, P. (2012d). Género e comportamento adaptativo. In S. Santos e P. Morato (Eds.), *Comportamento adaptativo: 10 anos depois* (pp. 121–131). Lisboa: Edições FMH.
- Santos, S., e Morato, P. (2012e). Comportamento adaptativo em Portugal por Região. In S. Santos e P. Morato (Eds.), *Comportamento adaptativo: 10 anos depois* (pp. 149–165). Lisboa: Edições FMH.
- Santos, S. e Morato, P. (2016). O Comportamento Adaptativo no currículo. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 16 (s1), 736–740, doi: 10.1111/1471-3802.12330
- Santos, S., Morato, P., Costa, D., Duro, V., Saramago, F., e Bruno, P. (2010). Comportamento adaptativo e as dificuldades intelectuais e desenvolvimentais na população portuguesa: Replicação do estudo de 2007. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 17, 79–102.
- Sartawi, A., AlMuhairy, O., e Abdat, R. (2011). Behavioral Problems among Students with Disabilities in United Arab Emirates. *International Journal for Research in Education*, 29, 1–15
- Saviani-Zeoti, F., e Petean, E. (2008). A qualidade de vida de pessoas com deficiência mental leve. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(3), 305–311.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntix, W., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K., Snell, M., Spreat, S., Tassé, M., Thompson, J., Verdugo, M., Wehemeyer, M., e Yeager, M. (2012).

User's Guide: Intellectual Disability: definition, classification and systems of supports (11th ed.). Washington, D.C.: AAIDD.

Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Yeager, M. (2010a). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (11th ed.). Washington, DC: American association on intellectual and developmental disabilities

Schalock, R., Gardner, J., e Bradley, V. (2007). *Quality of life for people with intellectual and other developmental disabilities: Applications across individuals, organizations, communities, and systems*. Washington, DC: American Association on Intellectual Disability

Schalock, R., Keith, K., Verdugo, M., e Gómez, L. (2010b). Quality of life model development and use in the field of intellectual disability. In R. Kober (Ed.), *Enhancing the quality of life of people with intellectual disabilities: From theory to practice* (17–32). New York, NY: Springer.

Schalock, R., e Verdugo, M. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American association on mental retardation.

Schalock, R., Verdugo, M., Jenaro, C., Wang, M., Wehmeyer, M., Xu, J., e Lachapelle, Y. (2005). Cross-cultural study of quality of life indicators. *American Journal on Mental Retardation*, 110 (4), 298–311. doi:10.1352/0895-8017(2005)110[298:CSOQOL]2.0.CO;2.

Silva, A., Veríssimo, J., Carneiro, M., Felix, S., Santos, S. (2018). Comportamento Autoabusivo de crianças e jovens com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais, *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. (no prelo)

Simões, C., e Santos, S. (2012). *Escala Pessoal de Resultados – ficha de registo* (documento não publicado).

Simões, C., e Santos, S. (2014). Cross-cultural adaptation, validity and reliability of the Escala Pessoal de Resultados. *Social Indicators Research*, 119(2), 1065–1077. doi:10.1007/s11205-013-0515-4.

Simões, C., e Santos, S. (2016a). Comparing the quality of life of adults with and without intellectual disability. 60 (4): 378-388, *Journal of Intellectual Disability Research*. doi: 10.1111/jir.12256.

Simões, C., e Santos, S. (2016b). The Impact of Personal and Environmental Characteristics on Quality of Life of People with Intellectual Disability. *Applied Research Quality of Life*, 12:389-408. doi: 10.1007/s11482-016-9466-7.

Simões, C., e Santos, S. (2016c). The quality of life perceptions of people with intellectual disability and their proxies. *Journal of Intellectual e Developmental Disability*. 41(4): 1-13, doi: 10.3109/13668250.2016.1197385

Simões, C., Santos, S., e Biscaia, R. (2016a). Validation of the Portuguese version of the Personal Outcomes Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), 186–200. doi:10.1016/j.ijchp.2015.11.002.

Simões, C., Santos, S., Biscaia, R., e Thompson, J. (2016b). Understanding the relationship between quality of life, adaptive behavior and support needs. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 28(6), 849-870, doi: 10.1007/s10882-016-9514-0.

Simons, J. e Dedroog, I. (2009). Body awareness in children with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1343-1353, doi: 10.1016/j.ridd.2009.06.001.

- Su, C., Lin, Y., Wu, Y. e Chen, C. (2008). The role of cognition and adaptive behavior in employment of people with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 83-95, doi: 10-1016/j.ridd.2006.12.001.
- Tassé, M., Schalock, R., Balboni, G., Bersani, H., Borthwick-Duffy, S., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K. e Zhang, D. (2012). The construct of adaptive behavior: its conceptualization, measurement and use in the field of intellectual disability. *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 117, 291–303. doi: 10.1352/1944-7558-117.4.291.
- Thompson, J., Bradley, V., Buntinx, W., Schalock, R., Shogren, K., Snell, M., [...] e Yeager, M. (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47, 135–146. doi: 10.1352/1934-9556-47.2.135.
- Thompson, J., Schalock, R., Agosta, J., Teninty, L., e Fortune, J. (2014a). How the supports paradigm is transforming the developmental disabilities service system. *Inclusion*, 2, 86–99. doi: 10.1352/2326-6988-2.2.86
- Thompson, J., Wehmeyer, M., Hughes, C., Shogren, K., Palmer, S., e Seo, H. (2014b). The Supports Intensity Scale–Children’s Version: Preliminary Reliability and Validity. *Inclusion*, 2, 140–149. doi: 10.1352/2326-6988-2.2.140
- Townsend-White, C., Pham, A., e Vassos, M. (2012). A systematic review of quality of life measures for people with intellectual disabilities and challenging behaviours. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(3), 270–284. doi:10.1111/j.1365-2788.2011.01427.x
- Valente, P.; Santos, S. e Morato, P. (2012). A Intervenção Psicomotora como (um sistema de) apoio na população com dificuldade Intelectual e Desenvolvimento. *A Psicomotricidade*. 15: 10-23.
- Verdugo, M., Navas, P., Urríes, F., Gómez, L. e Arias, B. (2012). Evaluación de la conducta adaptativa en el contexto español. In S. Santos e P. Morato (Eds.), *Comportamento Adaptativo: 10 anos depois* (pp. 35-52). Edições FMH.
- Verdugo, M., Navas, P., Gómez, L. e Schalock, R. (2012). The concept of quality of life and its role in enhancing human rights in the field of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(11):1036-1045
- Wagner, M., Newman, L., Cameto, R., Garza, N., e Levine, P. (2005). *After high school: A first look at the postschool experiences of youth with disabilities. A report from the National Longitudinal Transition Study-2 (NLTS2)*. Menlo Park, CA: SRI International.
- Wang, M., Schalock, R., Verdugo, M., e Jenaro, C. (2010). Examining the factor structure and hierarchical nature of the quality of life construct. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 115(3), 218–233. doi:10.1352/1944-7558-115.3.218
- World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24–56.
- Woolf, S., Woolf, C. M., e Oakland, T. (2010). Adaptive behavior among adults with intellectual disabilities and its relationship to community independence. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 48(3), 209-215, doi: 10.1352/1944-7558-48.3.209.
- Zhang, C. (2001). Multicultural views of disability: Implications for early interventionist professionals. *Infant-Toddler Intervention*, 11(2): 143-154.

Zetlin, A. e Morrison, G. (1998). Adaptation through life span. in J. Burack, R. Hodapp e E. Zigler (Eds). *Handbook of Mental Retardation and Development* (481-503). NY: Cambridge University Press.

Artigo 2: As competências psicomotoras e adaptativas na qualidade de vida de crianças moçambicanas com perturbações do desenvolvimento

Resumo: O paradigma atual na reabilitação assenta na prestação de apoios adequados para uma vida mais funcional e com qualidade. O interesse pela avaliação da eficácia da reabilitação psicomotora tem vindo a crescer especialmente com adultos (com dificuldades intelectuais) sendo ainda escassa com crianças. Este artigo objetiva a análise das competências psicomotoras e adaptativas na promoção da qualidade de vida de crianças moçambicanas com perturbações de desenvolvimento. As versões portuguesas das Escalas de Comportamento Adaptativo e Pessoal de Resultados da Criança/Jovem e a Bateria Psicomotora foram aplicadas a 6 crianças, entre os 6 e os 13 anos, 2 do género feminino e 4 do género masculino, com perturbações do desenvolvimento e a frequentar uma instituição. Os resultados da avaliação *baseline* permitiram o design de um programa de intervenção psicomotora de 4 meses, ajustada às necessidades individuais. Os resultados após a intervenção mostraram diferenças significativas em alguns domínios adaptativos, cujas evoluções se mantiveram passado um mês sem intervenção. A noção do corpo e a praxia global foram os domínios psicomotores que se destacaram positivamente, e sem alterações na avaliação de retenção. As melhorias encontradas parecem ter tido impacto no índice global de QdV. Recomendações para a prática e investigação são apresentadas.

Palavras-Chave: Apoios, Comportamento Adaptativo, Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais, Fatores Psicomotores, Intervenção Psicomotora, Qualidade de Vida, Paralisia Cerebral

Abstract: The recent paradigm in rehabilitation is focused on the provision of individualized supports for a more independent living and a better quality of life (QoL). The interest for the measurement of psychomotor intervention' effectiveness is been growing, especially with adults (with intellectual disabilities). Research with children is still scarce. This article aims to analyze the psychomotor and adaptive competences of 6 children from Mozambique, between 6 and 13 years, 2 females and 4 males, with developmental disorders, trying to see its impact in their QoL. All were institutionalized. Both Portuguese versions of Adaptive Behavior Scale, Children' Personal Outcomes Scale and Psychomotor Battery were applied in three different moments. Baseline results allowed the design of a psychomotor program adjusted to participants. Final evaluation gave some clues about the effectiveness of the intervention and retention assessment provided the analysis of the importance of such intervention. Results of final evaluation showed significant differences in some adaptive domains, indicating improvements maintained even when the program ended one month after. Body awareness and gross motor skills were the psychomotor domains that increased positively and without changes in retention assessment. These improvements had impact in QoL global index. Suggestions to practice and research are presented.

Key-words: Adaptive Behavior, Cerebral Palsy, Intellectual and Developmental Disability, Quality of Life; Psychomotor Factors, Psychomotor Therapy, Supports

Introdução

No âmbito do atual modelo de Reabilitação – a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization [WHO], 2001) estabelece as 4 dimensões a considerar no processo reabilitativo: 1) funções e 2) estruturas do corpo, 3) atividades e participação, e 4) que devem ser analisados considerando os fatores pessoais e contextuais (Santos, Lebre e Pereira, 2018). A própria CIF centra-se nos apoios a providenciar e na identificação das barreiras e agentes facilitadores (King et al., 2006), apesar das críticas ainda apontadas à falta de validação de medidas avaliativas da participação e da qualidade de vida (Thyberg, Arvidsson, Thyberg e Nordenfelt, 2014).

A mesma fonte reporta os números crescentes no que toca às pessoas que vivenciam a condição de deficiência. Em Moçambique ainda se constata a necessidade de uma maior aposta neste campo (WHO e World Bank, 2011) a diferentes níveis: político, social, saúde, educativo e reabilitativo (Plano Nacional de Ação para a Área da Deficiência [PNAD], 2012; McKenzie, McConkey e Adnams, 2013). Neste âmbito, destaca-se a carência (Pereira e Santos, 2019) e pobreza extrema que mais de metade da população moçambicana vive e as elevadas taxas de deficiência e/ou em situações de vulnerabilidade (i.e.: 2,1 milhões) de crianças e jovens vítimas de abuso, negligência e estigmatização social (PNAD, 2012; UNICEF Moçambique, 2014a), e abandono (UNICEF Moçambique, 2014a), sem acesso a serviços básicos (RAVIM e Handicap International Moçambique, 2010). A prevalência de deficiência, entre crianças e jovens, situa-se entre os 2 e os 6%, destacando-se a deficiência motora e sensorial, e a Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID - PNAD II, 2012; UNICEF Moçambique, 2014b). Destaca-se a maior importância dada à funcionalidade do que ao desempenho académico (Zhang, 2001).

A intervenção psicomotora, e em Portugal, é um dos apoios oferecidos a crianças e adolescentes com perturbações do desenvolvimento, destacando-se a Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID - Santos, 2017) e a Paralisia Cerebral (PC - Pereira e Santos, 2019), entre outras. A DID é definida como um funcionamento geral abaixo da média, resultante da concomitância de limitações cognitivas e adaptativas, que se expressam nas competências conceituais, práticas e sociais que se manifestam antes dos 18 anos de idade (Schalock et al., 2010). A PC define-se como uma perturbação no desenvolvimento postural e controlo motor que envolve e pode comprometer o indivíduo a nível motor e paralelamente implicar distúrbios sensoriais e percetivos, cognição, comunicação e de comportamento, resultante de uma lesão cerebral, que, dependendo do local que afeta e severidade, determina o

quadro clínico do indivíduo (Colver, Fairhurst e Pharoach, 2013). O tipo, extensão e localização de lesão, que resulta em PC, influencia a qualidade de desempenho motor (Koman, Smith e Shilt, 2004) apesar da similaridade do seu desenvolvimento com os seus pares típicos (Pfeiffer, Silva, Funayama e Santos, 2009).

Na sequência dos modelos mais atuais sobre a funcionalidade humana (WHO, 2001), a adaptação ao envolvimento (Santos e Morato, 2012c) e qualidade de vida (Schalock e Verdugo, 2002), o paradigma dos apoios (Thompson et al., 2014), a abordagem ecológica e multidimensional da pessoa com necessidades de apoio (Luckasson e Schalock, 2012; Santos, 2017), infere-se a sua complementaridade com a visão holística e contextualizada da psicomotricidade (Fonseca, 2010), centrando-se na qualidade da relação que a pessoa (com ou sem perturbações do desenvolvimento) estabelece com o seu envolvimento, e na mediação e/ou apoios para a minimização das limitações das estruturas e funções do corpo, visando o desempenho ótimo com impacto positivo na participação social, ao mesmo tempo que identifica os facilitadores a potenciar, e as barreiras a diminuir. Por outras palavras, as pessoas com DID e PC não devem ser definidas pelo “diagnóstico”, mas antes pelas suas próprias características e pelas características envolvimentoais.

As pessoas com DID tendem a apresentar um compromisso cognitivo e sensoriomotor (Barnhill, Koning e Kartheiser, 2007; Santos e Morato, 2012; Schalock et al., 2010; Smits-Engelsman e Hill, 2012), ao nível do raciocínio e resolução de problemas complexos (American Psychiatric Association [APA], 2013; Hartman, Houwen, Scherder e Visscher, 2010), dadas as dificuldades no processamento da informação (Jacobson, Mullick e Rohajn, 2007), na orientação para a tarefa (Wenar e Kerig, 2006) e desempenho motor (Smits-Engelsman e Hill, 2012), caracterizado por ser menos preciso, controlado e mais lento (Santos e Morato, 2007), traduzindo-se em dismetrias, discronias e dispraxias (Fonseca, 1995), necessitando de mais tempo para a realização das tarefas (Doka e Lavin, 2003) e para a sua organização (Harris, 2006). O autor aponta ainda dificuldades no transfer para a vida diária e menor produtividade.

O sistema psicomotor humano para Fonseca (2010) baseia-se na organização hierárquica das unidades funcionais de Luria e na sua relação interdependente e complexificação crescente, assente em sete fatores psicomotores. Assim, as limitações nos fatores da primeira unidade funcional (tonicidade e equilíbrio) irão condicionar a lateralidade, a noção corporal (Fonseca, 2010), a estruturação espaciotemporal (Barnhill et al., 2007; Mansur e Marcon, 2006), e as praxias (Mansur e Marcon, 2006; Vjuik, Hartman, Scherder e Visscher, 2010; Zikl, Holoubková, Karásková e Veselíková, 2013).

As alterações tónicas - presentes quer na DID (e.g.: hipotonia na Trissomia 21) quer na PC (e.g.: espasticidade - Surveillance of Cerebral Palsy in Europe, 2015), refletem-se ao nível da capacidade de descontração (e.g.: passividade, paratonia) e controlo postural (Rosenbaum et al., 2007) com consequências no âmbito do equilíbrio estático e dinâmico (Vjuik et al., 2010; Winter, 2007), e na coordenação, condicionando a qualidade de desempenho na marcha, com maior instabilidade e oscilação corporal e a exploração do envolvimento (Carvalho et al., 2017; Vrijmoeth, Monbaliu, Lagast e Prinzie, 2011) com repercussões no desenvolvimento dos esquemas percetivo-cognitivos (Hinchcliffe, 2007). A maior resistência ao alongamento e a fraqueza muscular e (Eck et al, 2008; Koman et al. 2004) repercutem-se na funcionalidade (Rosenbaum et al., 2007). As alterações na flexão plantar e as contraturas frequentes nos membros inferiores condicionam a marcha das crianças com PC (Winter, 2007).

Desta forma, dificuldades na permanência em posição unipodal ou no equilíbrio em bipedia, apanhar objetos do chão, saltos, entre outros, são algumas das dificuldades das pessoas com DID (Enkelaar, Smulders, Lantman-de Valk, Weerdesteyn e Geurts, 2013). Também as crianças com PC tendem a demonstrar limitações na aquisição da posição sentada verificando-se oscilações e tendência para o desequilíbrio, agravado pelos desvios no controlo cervical e tendência para os membros inferiores não suportarem o peso do corpo (Winter, 2007). O autor refere mesmo a necessidade de mais tempo para a aquisição dos marcos motores. A menor capacidade de distinguir a direita da esquerda e na dissociação lateral (Arnold et al., 2005; Santos, 2014) afetam a lateralização e a simetria bilateral (Vjuik et al., 2010), tendendo-se para a indiferenciação manual (Carmeli, Bar-Yossef, Ariav, Levy e Libermann, 2008) por parte das pessoas com DID, com repercussões na maior lentidão e menor precisão nas tarefas que impliquem uma mão dominante (Zikl et al., 2013).

As crianças com DID e/ou PC demonstram um desempenho inferior no que concerne à praxia global e fina (Carvalho et al., 2017; Wuang, Wang, Huang e Sy, 2008), ao nível da coordenação oculomanual (Carmeli et al., 2008) e nas tarefas de destreza manual que envolvam a manipulação e controlo de objetos (Vjuik et al., 2010; Wilmut, Byrne e Barnett, 2013), apesar da tendência para melhores resultados na praxia global (Wuang et al., 2008). As dificuldades da praxia fina traduzem-se em limitações funcionais nas atividades de vida diária (apertar atacadores ou abotoar), influenciadas pelo diálogo tónico menos maturo e pela indiferenciação na lateralização

(Schmidt, Nag, Hunn, Houge e Hoxmark, 2016), interferindo com as aquisições acadêmicas (e.g.: escrita) e funcionais (Rothstein e Beltrame, 2013).

Este conjunto de dificuldades psicomotoras irá comprometer o processo ensino-aprendizagem, desde a seleção da informação relevante, até ao seu processamento e resposta funcional e adaptada (Hinchcliffe, 2007). A funcionalidade, o comportamento adaptativo e a participação social são, atualmente, o foco da intervenção psicomotora, com repercussões que se pretendem positivas ao nível dos resultados pessoais e numa vida de qualidade. O comportamento adaptativo define-se como “o conjunto de habilidades aprendidas ou adquiridas para desempenhar com sucesso aspetos e tarefas, no âmbito da independência, responsabilidade pessoal e social, que através de ajustamentos vários procura a adaptação às expectativas socioculturais e etárias vigentes, e que implicam o assumir do papel de membro ativo na comunidade onde o indivíduo se insere.” (Santos e Morato, 2012, p. 28). Os níveis de comportamento adaptativo tendem a ser influenciados pela idade (Grossman, 1983), pelo nível de severidade (Santos, 2014) e a institucionalização (Lerman, Apgar e Jordan, 2005), acontecendo situação idêntica na PC (Bottcher, 2010e).

Do ponto de vista da *Autonomia* as crianças com DID (Santos e Morato, 2012) e PC (Lohaugen et al., 2018) tendem a ser menos funcionais e independentes quando comparados com os seus pares típicos, destacando-se as questões associadas às necessidades básicas como alimentação, vestuário, mobilidade, entre outras (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012). Nas crianças com PC as dificuldades relacionadas com a alimentação e deglutição (Ashawl et al., 2004), limitações no controlo respiratório (Liptak e Acardo, 2004), refluxo gástrico e tendência para a obstipação (Kriger, 2006) exigem ainda mais apoios dada a função oromotora estar afetada havendo um cuidado maior para evitar asfixia ou cianose (Winter, 2007), com possíveis consequências ao nível da desnutrição. A funcionalidade diária das crianças, ao nível de tarefas como banho, vestir/despir, mobilidade tende a ser concretizada por terceiros (Rosenbaum et al., 2007; Rothstein e Beltrame, 2013).

As tarefas inerentes ao domínio *atividade económica e dos números/tempo* parecem ser pouco estimuladas em crianças com DID, PC ou multideficiência (Lohaugen et al., 2018; Santos, 2014; Santos e Morato, 2012), havendo como que uma desvalorização deste tipo competências que são assumidas por terceiros por diversas razões: institucionalização, superproteção, subvalorização das capacidades destes grupos com menos oportunidades e de menor qualidade (Santos, 2014; Santos e Gomes, 2016). Algumas destas questões irão expressar-se também ao nível da *atividade pré-profissional* (pontualidade, produtividade - Santos, 2014; Santos e

Morato, 2012). Para os autores, a *atividade doméstica* é influenciada pelo contexto se bem quer em domicílio com a família, quer em situação de institucionalização e a tendência é para *desresponsabilização* no geral das pessoas com DID e/ou PC.

No âmbito do *desenvolvimento da linguagem* as crianças com DID tendem a apresentar dificuldades na comunicação verbal - com tendência a expressar-se via não-verbal, e nas atividades de conteúdo académico, como a leitura e escrita (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012c). O discurso quando existente caracteriza-se por ser pouco perceptível, com frases simples e vocabulário pobre, com restrições no âmbito do seu transfer para o dia-a-dia (Santos e Morato, 2002; Sartawi, AlMuhairy e Abdat., 2011), e na *sociação* (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012). Do ponto de vista da *personalidade* as pessoas com DID tendem a ser passivos, sem iniciativa e demonstrando comportamentos desajustados, a nível social (Santos, 2014) e individual (e.g.: autoabusivos – Silva, Veríssimo, Carneiro, Felix e Santos, 2018).

As crianças com PC tendem a demonstrar limitações ao nível da linguagem com particular destaque para a expressiva (e.g.: lentidão do discurso e dificuldades na produção de palavras), dadas as limitações oromotoras e respiratórias e à falta de estimulação e modelos linguísticos, e para a não-verbal afetada pela descoordenação e rigidez dos movimentos (Sigudardottir e Vik, 2011). As crianças com PC unilateral direita, pela área cerebral afetada, apresentam resultados inferiores nos domínios da comunicação e do *comportamento social* (Lohaugen et al., 2018), restringindo a sua regulação comportamental e participação social (Watson e Pennington, 2015). Santos (2014) sugere que crianças institucionalizadas perdem oportunidades de desenvolver competências adaptativas diárias.

De qualquer das formas, as crianças com perturbações de desenvolvimento também apresentam características positivas destacando-se a gentileza, a afetividade, o sentido de humor e a satisfação com a vida, o reconhecimento de regras sociais simples (e.g.: esperar pela sua vez), bem como a consideração dos estados de tristeza/alegria dos que são mais próximos, esforçando-se por agir em consonância com as instruções dadas, entre outros (Carter et al., 2015).

As novas concetualizações ao nível das perturbações do desenvolvimento têm vindo a direcionar-se uma vida mais funcional e com mais qualidade, sendo que deverá ser a própria pessoa a expressar e a valorizar o que pretende da sua própria vida (Schalock e Verdugo, 2002). O modelo concetual e multidimensional de QdV e o que foi adotado ao longo do documento, implica a QdV como “perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos

quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p. 28), cujos indicadores, e no campo da DID, se organizam em oito domínios: bem-estar emocional, relações interpessoais, bem-estar material, desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, autodeterminação, inclusão social e direitos pessoais e três fatores: independência, participação social e bem-estar (Schalock e Verdugo, 2002; Simões, Santos e Biscaia, 2016). Davis e colaboradores (2017) apontam domínios semelhantes de QdV de crianças com PC: saúde física, emoção e comportamento, comunicação, rotinas e previsibilidade, movimento e atividade física, natureza e meio exterior, diversidade de atividades, funcionamento independente e autonomia, relações sociais e acessibilidade aos serviços.

Apesar do diagnóstico não estar obrigatoriamente associado a uma vida com menor qualidade (Santos, 2018), as pessoas com DID relatam índices inferiores do que os seus pares sem DID (Simões e Santos, 2017; Ncube, Perry e Weiss, 2018), uma vez que, para além das barreiras que o próprio meio apresenta, lidam regularmente com restrições à sua participação social, influenciando negativamente o conceito idealizado de QdV (Santos, 2014). Entre crianças com perturbações do desenvolvimento, idades mais jovens, melhor comportamento adaptativo, menores comportamentos desajustados, menor stress psicológico parental e maior satisfação com a educação, resultam em melhores índices de QdV (Ncube et al., 2018).

A nível nacional, tem sido visível a aposta na investigação no âmbito da DID (Santos, 2017) e da PC (Pereira e Santos, 2019) no que diz respeito ao comportamento adaptativo (Antunes e Santos, 2015; Júnior, Afonso e Santos, 2017), intervenção psicomotora como apoio (Valente, Santos e Morato, 2012), qualidade de vida (Jardim e Santos, 2016; Simões e Santos, 2016), ou mesmo à sua correlação (Freitas e Santos, 2018; Simões e Santos, 2018). Todos estes estudos têm contribuído para a ideia de que a intervenção psicomotora pode assumir-se enquanto apoio mediatizador entre a pessoa e o seu contexto para a adaptação, funcionalidade e participação social visando a melhor QdV.

Transversal a estes conceitos-chave, a exclusão e descredibilização social das pessoas com deficiência é ainda evidente em Moçambique (Carlsson e Kumerius, 2012) constatando-se a influência dos valores e crenças socioculturais tradicionais, que atuam ainda como principal barreira para a mudança (McKenzie et al., 2013). A legislação moçambicana tem sofrido alterações no sentido de um maior reconhecimento da necessidade de apoios (PNAD, 2012) mas poucas evidências

existem sobre o nível de comportamento adaptativo das crianças, sendo emergente o maior investimento em programas e serviços para pessoas com deficiência.

É na necessidade de aprofundar a investigação para a validação de boas práticas psicomotoras com as mais variadas populações (sendo que a maioria se centra em adultos), com e sem desenvolvimento típico, e no desenvolvimento de “estudos transversais” para perceber o contributo da intervenção psicomotora em contextos socioculturais diferentes, que o objetivo deste artigo se prende com a análise da participação da intervenção psicomotora, centrada na criança com DID e/ou PC, como um dos apoios ao nível da potencialização do comportamento adaptativo e dos fatores psicomotores para uma vida com mais qualidade.

Método

Amostra

A amostra, de conveniência, foi constituída por seis participantes moçambicanos, entre os 6 e 13 anos, dois do género feminino e quatro do género masculino, com o diagnóstico de Paralisia Cerebral e Trissomia 21 no seu processo clínico, e a frequentar uma instituição, durante o dia, de um dos bairros periféricos da cidade de Maputo (Moçambique), há mais de dois anos. Em situação de institucionalização, nenhum dos participantes frequentava o ensino regular/especial, nem nunca estiveram matriculados em contexto escolar.

Apenas duas crianças com PC usufruíam do apoio de Fisioterapia uma a duas vezes por semana, e uma delas utilizava a carrinha escolar, para deslocação até ao Centro. Os restantes participantes iam e vinham de transporte público acompanhadas pelos respetivos cuidadores/familiares. As famílias que participam no estudo são caracterizadas como sendo numerosas (6 a 10/agregado) e de estatuto socioeconómico baixo, sendo a anuidade paga consoante as possibilidades financeiras de cada família.

Instrumentos:

Escala de Comportamento Adaptativo Portuguesa

A Escala de Comportamento Adaptativo – Versão Portuguesa (ECAP) pretende avaliar a capacidade de adaptação da pessoa com (e sem) DID, entre os 6 e os 60 anos, às exigências diárias do contexto onde se insere, auxiliando na planificação da intervenção para a funcionalidade, por observação direta ou sob a forma de entrevista a um prestador de cuidados que conheça bem o avaliado nos seus diversos contextos (Santos e Morato, 2012; Santos, Morato e Luckasson, 2014).

O instrumento apresenta duas partes, sendo a primeira relativa às competências de independência e funcionalidade constituída por 10 domínios: *Autonomia, Desenvolvimento Físico, Atividade Económica, Números e Tempo, Desenvolvimento da Linguagem, Atividade Doméstica, Atividade Pré-Profissional, Personalidade, Responsabilidade e Socialização*, e a segunda parte dedicada aos desajustamentos envolvendo os domínios: *Comportamento Social, Conformidade, Merecedor de Confiança, Comportamento Estereotipado e Hiperativo, Comportamento Sexual, Comportamento Auto-abusivo, Ajustamento Social e Comportamento Interpessoal Perturbado* (Santos e Morato, 2012; Santos et al., 2014). Estes domínios agrupam-se e dão origem a 5 fatores: Autossuficiência Pessoa, Autossuficiência na Comunidade, Responsabilidade Pessoal e Social, Ajustamento Pessoal e Ajustamento Social (Santos e Morato, 2012; Santos et al., 2014).

A cotação dos itens das duas partes faz-se de forma diferente: na primeira parte os itens são avaliados ou por assinalando o valor que corresponde ao nível de desempenho do avaliado, ou através de respostas dicotómicas Sim/Não correspondendo 1 e 0 pontos, consoante faz ou não faz a tarefa aplicadas nas situações em que o indivíduo realiza ou não a tarefa, respetivamente (Santos e Morato, 2012; Santos et al., 2014). A análise dos resultados, pode ser feita de forma qualitativa ou quantitativa, por itens, por domínios ou por fatores (Santos e Morato, 2012; Santos et al., 2014), sendo que os autores apenas aconselham a análise quantitativa para efeitos de diagnóstico.

As propriedades psicométricas da ECAP foram analisadas e constatou-se a (Santos e Morato, 2012; Santos et al., 2014): validade de conteúdo, com um conjunto de peritos a cotar todos os itens como relevantes e representativos, apesar da necessidade de reformulações para a sua maior clareza e compreensão; fiabilidade pela análise da consistência interna e da estabilidade temporal (pela técnica do teste-reteste) com valores a variar entre .79 (*domínio Comportamento Auto-Abusivo*) e .97 (*Autonomia*), e .46 (*atividade económica*) e .81 (*autonomia*), respetivamente; e validade de constructo pela análise dos coeficientes de correlação de Pearson que indicaram relações fracas a moderadas entre os domínios da primeira parte e fracas nos da segunda parte, e pela análise fatorial exploratória que indicou a sua multidimensionalidade (Santos e Morato, 2012; Santos et al., 2014).

Escala Pessoal de Resultados Crianças e Jovens

A Escala Pessoal de Resultados versão crianças e jovens (EPR-C) envolve, tal como a original para adultos, a avaliação de medidas objetivas e subjetivas, visando a

recolha de informação sobre as expetativas e objetivos do indivíduo. Esta versão juvenil também se encontra dividida por oito domínios: desenvolvimento pessoal e auto-determinação; relações interpessoais, inclusão social e direitos; e bem-estar material, emocional e físico, agrupados em três fatores: independência, participação social e bem-estar, respetivamente (Simões, 2016).

A EPR-C organiza-se em duas partes: uma de autorrelato (questionário pessoal, respondido pela criança/jovem com DID) e outra de observação direta que deve ser respondida por terceiros que conheçam a pessoa há pelo menos três meses e em mais do que um contexto (e.g.: familiares, terapeutas, professores) numa estratégia multipercetiva (Simões, 2016). Cada domínio é constituído por 6 itens, num total de 48, cotados de acordo com uma escala tipo-Likert com três níveis de resposta e que variam entre 1 e 3, cuja soma proporciona a pontuação bruta de cada domínio, que ao serem somadas permite a obtenção dos resultados dos 3 fatores e do índice global de QdV (Simões, 2016).

No presente estudo apenas foi aplicada a versão dos prestadores de cuidados, dadas as dificuldades na compreensão e capacidade de comunicação dos participantes.

Bateria Psicomotora

A Bateria Psicomotora (BPM) é um dos instrumentos utilizados pelos psicomotricistas a nível nacional na observação e avaliação do perfil psicomotor intra-individual de crianças entre os 4 e os 12 anos, constituída por um conjunto de tarefas que avaliam os sete fatores: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção de corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina (Fonseca, 2010). De acordo com o autor, cada item é cotado de acordo com a qualidade de desempenho e os seus valores variam entre 1 (perfil apráxico) e 4 pontos (perfil hiperpráxico). A soma dos resultados obtidos em cada tarefa é associada a um tipo de perfil psicomotor: superior (27-28 pontos), bom (22 a 26 pontos), normal (14 a 21 pontos), dispráxico (9 a 13 pontos), apráxico (7-8 pontos). Apenas este último indicia a existência de dificuldades de aprendizagem (Fonseca, 2010).

Procedimentos

De forma a respeitar as exigências inerentes a uma investigação deste cariz, foram cumpridos todos os procedimentos éticos, nomeadamente os contactos iniciais e a distribuição do consentimento informado aos respetivos prestadores de cuidados das crianças e jovens envolvidas, tendo-se, anteriormente, solicitada e obtida a prévia autorização por parte da direção do CRS, onde o estudo teve lugar. No documento do

consentimento informado e presencialmente foi explicado todo o estudo, desde o seu objetivo e etapas, bem como a garantia de confidencialidade e anonimato dos participantes, e a possibilidade de desistência do estudo a qualquer momento. Todos os potenciais participantes, assinalados previamente, deram o seu consentimento.

Após a recolha dos consentimentos devidamente assinados por todos os intervenientes, deu-se início à aplicação dos três instrumentos de avaliação, cuja administração foi combinada em local e horário de acordo com a disponibilidade dos respondentes: a ECAP e a EPR-CJ foram aplicadas, e de acordo com os respetivos protocolos, sob forma de entrevista aos prestadores de cuidados e/ou às próprias crianças/jovens, e a BPM diretamente aos avaliados, no Centro. Os resultados obtidos na avaliação inicial permitiram o estabelecimento de um programa psicomotor. No final do programa os instrumentos foram novamente aplicados, seguindo as mesmas condições anteriores, sendo aplicados ainda uma última vez, um mês após o término do programa, para se tentar analisar a capacidade de retenção das competências trabalhadas. A aplicação de cada instrumento variou entre 60 a 90 minutos.

Para o tratamento estatístico utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0.

Programa de intervenção psicomotora

Antes de descrever o programa implementado, e para uma melhor compreensão do contexto, proceder-se-á a uma breve descrição do Centro de Reabilitação Psicossocial (CRPS). O CRPS situa-se em Maputo, no bairro das Mahotas a cerca de 14km do centro da cidade, acolhendo e dando assistência sanitária e educativa a crianças, jovens e adultos com DID, dificuldades motoras, outras doenças (como HIV e subnutrição) e/ou em carência económica. O centro funciona no período letivo com serviços como fisioterapia, psicologia e apoio médico para além do prestado anualmente por voluntários nas diversas áreas de atuação, nomeadamente, psicomotricidade e terapia da fala (Irmãs Hospitaleiras, 2019).

O centro nasceu em 1998 com o apoio do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus e do Ministério da Saúde de Moçambique, no âmbito da prestação de cuidados especializados aos locais (Irmãs Hospitaleiras, 2019). Em 2002 acresce a missão de reabilitação infantil, e atualmente, fornece apoio farmacológico, médico e alimentar, a cerca de 100 pessoas, desde crianças a adultos. O trabalho diário relacionado com a copa, limpeza do espaço, com a agricultura e animais é distribuído pelos adultos que frequentam a instituição (Irmãs Hospitaleiras, 2019).

Para Steiner e colaboradores (2002) o processo reabilitativo envolve a identificação das necessidades de apoio (Thompson et al., 2014) e dos interesses e motivações individuais (Simões e Santos, 2017) para em seguida se proceder à sua contextualização, com a definição dos objetivos terapêuticos a atingir, e da planificação de programas de intervenção ajustados para a re-adaptação às exigências da vida diária com que as pessoas são confrontadas (Santos, 2017), visando o funcionamento e desempenho ótimo (WHO e World Bank, 2011). Estes programas devem ser monitorizados, bem como deve ser avaliada a sua eficácia (WHO e World Bank, 2011) para a partilha e disseminação de boas práticas na área.

Neste sentido, e tal como referido, este projeto teve o seu início, com a aplicação dos instrumentos de avaliação durante o mês de janeiro de 2018, duas vezes antes do início do programa, para o estabelecimento da avaliação *baseline*, cujos resultados permitiram: determinar o perfil psicomotor e adaptativo dos participantes; identificar os objetivos a estimular (tabela 1) de acordo com as expectativas dos próprios e respetivos prestadores de cuidados, da idade cronológica e dos valores socioculturais, entre outros, para um ajustamento do processo psicomotor. O momento de avaliação, nos seus diferentes momentos, teve em conta fontes e componentes diversificadas, sequência e continuidade do processo, estudo da relação e da interação com o prestador de cuidados; a interpretação e compreensão das fases de desenvolvimento e do desenvolvimento típico, o padrão e nível de gestão de experiências e capacidades funcionais, identificação de aquisições, competências (Greenspan, 2004).

O programa de 4 meses, decorreu de fevereiro a maio, nas instalações do CRPS em contexto de sala e ginásio, com duração de 45min, duas vezes por semana, uma individualmente ou a pares, consoante o objetivo específico da sessão naquele dia; e uma vez em grupo, numa perspetiva de complexificação crescente e transfer para a vida diária. Paralelamente à intervenção direta com o grupo, foi elaborado um programa de trabalho com os colaboradores, auxiliares e pais, cuja finalidade residuiu na partilha de estratégias de intervenção, especificação no tipo de apoios a prestar, delineamento de objetivos de curto e médio prazo e no desenvolvimento de atividades consoante cada objetivo psicomotor. Desta forma, foi também possível dar continuidade ao trabalho anterior (Pereira e Santos, 2019) despertando e capacitando os colaboradores do CRPS para a área da intervenção psicomotora. Para cada sessão foi elaborado um plano de sessão, seguido do respetivo relatório de observações.

Após a avaliação inicial e delineado o plano de intervenção individualizado, o programa teve início no mês de fevereiro com atividades simples e lúdicas e de acordo

com as necessidades reais, no qual os planos de intervenção foram pensados mensalmente com reajustes semanais e diários, adaptando-se às vivências dos participantes e do contexto (e.g.: horários das missas). O trabalho, ao longo dos quatro meses de intervenção, incidiu na autonomia, no desenvolvimento físico e de linguagem, na atividade pré-profissional e na auto-regulação comportamental; na equilíbrio, noção do corpo, praxias global e fina. A linguagem do psicomotricista adaptou-se ao discurso, ao ritmo e às vivências dos intervenientes, bem como às exigências da realidade moçambicana. A criação de rotinas, a utilização de instruções curtas e simples acompanhadas pela demonstração e pelo apoio individualizado, com reforços corretivos e positivos (Santos, 2018), num espaço contentor e de confiança e em clima lúdico, com recurso à música (Júnior et al., 2016) e/ou material diverso e atrativo, foram algumas das estratégias utilizadas.

Tabela 1: Objetivos gerais e específicos para intervenção do grupo de participantes do estudo.

Área	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Comportamento Adaptativo	Promover a Autonomia	Incentivar rotinas de uso do wc, higiene e alimentação.
	Desenvolver competências comunicação e linguagem	Promover o diálogo; a verbalização e expressão de desejos, emoções e sentimentos.
	Promover a auto-regulação comportamental	Estimular comportamentos individuais e em comunidade mais ajustados (e.g.: esperar pela vez, entreaajuda, conformidade) Melhorar a equilíbrio estática e dinâmica; e imobilidade
Fatores Psicomotores	Trabalhar as competências psicomotoras	Desenvolver a consciência corporal (identificação, nomeação e diferenciação de partes do corpo em si e nos outros)
		Estimular a coordenação óculo-manual e podal direcionada
		Adequar a pega em pinça no objeto de escrita Incentivar as capacidades manipulativas e de dissociação digital

Nota: os objetivos foram adaptados às necessidades específicas de cada criança.

Apresentação Resultados

O tratamento estatístico dos dados iniciou-se com a análise da normalidade da distribuição, cujos valores ($p > .05$) associados ao número reduzido da amostra levou à opção pelas técnicas não paramétricas, nomeadamente o teste de Wilcoxon para a comparação do grupo de participantes. Nas tabelas seguintes são apresentados os resultados em cada momento da avaliação, assim como os valores do teste Wilcoxon usado para comparação de resultados ao nível do comportamento adaptativo, (tabela 2), competências psicomotoras (tabela 3) e qualidade de vida (tabela 4).

Tabela 2: Resultados obtidos (estatística descritiva e teste de Wilcoxon) nos três momentos de avaliação com a ECAP

Domínios Parte I ECAP	AvB	AvF	AvB vs. AvF	AvR	AvF vs. AvR
	M±sd	M±sd	p	M±sd	p
Primeira Parte					
Autonomia	64.33±21.81	71.33±24.65	.03	69.67±23.45	.06
Desenvolvimento Físico	23.50±8.69	26.17±9.87	.03	25.33±8.89	.13
Atividade Económica	3.0±2.68	3.33±2.58	.16	3.0±2.68	.16
Desenvolvimento Linguagem	19.5±4.72	20.17±4.75	.10	19.83±4.71	.32
Números/Tempo	4.33±1.21	5.0±.89	.10	4.33±1.37	.10
Atividade Doméstica	9.83±7.14	10.17±7.31	.15	10.33±7.37	.32
Atividade Pré-Profissional	4.50±1.64	5.66±1.97	.04	4.67±1.37	.06
Personalidade	8.67±3.08	11.17±3.43	.03	10.83±3.19	.16
Responsabilidade	7.17±1.47	8.0±1.26	.06	7.67±1.03	.17
Socialização	20.5±2.74	22.0±2.76	.04	21.50±2.35	.08
Domínios Parte II ECAP					
Comportamento Social	8.33±5.82	6.33±4.76	.07	7.17±5.64	.10
Conformidade	8.0±4.86	4.83±2.64	.04	6.33±3.83	.06
Merece Confiança	5.0±3.80	4.50±3.62	.08	4.50±3.67	1
Comportamento Estereotipado e Hiperativo	9.83±4.17	9.0±3.29	.10	9.17±4.40	.71
Comportamento Sexual	2.17±1.94	1.50±1.64	.04	1.67±1.97	.66
Comportamento Auto-Abusivo	5.67±2.58	5.33±2.25	.16	5.67±2.94	.32
Ajustamento Social	4.83±3.13	4.50±2.95	.32	5.17±3.97	.18
Comportamento Interpessoal Perturbado	4.83±2.23	4.33±1.97	.18	5.00±2.00	.04

p<.001; Legenda: AvB=Avaliação Baseline, AvF=avaliação final; AvR=avaliação retenção

De acordo com os resultados obtidos na avaliação adaptativa é possível constatar, na generalidade, a melhoria dos valores médios nas duas partes da ECAP, nos dois primeiros momentos de avaliação (inicial e final) indicando evoluções ao nível dos comportamentos avaliados (i.e.: aumento das competências e diminuição dos comportamentos desajustados), apesar de não se traduzirem por diferenças significativas entre todos os domínios nos diferentes momentos.

Estas diferenças sentem-se no âmbito dos domínios *autonomia, desenvolvimento físico, atividade pré-profissional, personalidade, socialização, conformidade e comportamento sexual*. Na avaliação após um mês sem programa, constata-se a tendência a uma ligeira redução dos valores médios, exceção nos domínios de *Atividade Doméstica e Merece Confiança*, com o último domínio *Comportamento Interpessoal Perturbado* a apresentar diferenças significativas com indicadores de menor controlo.

Tabela 3: Resultados obtidos (estatística descritiva e teste Wilcoxon) nos três momentos de avaliação da Bateria Psicomotora

BPM	AvB M±sd	AvF M±sd	AvB vs. AvF <i>p</i>	AvR M±sd	AvF vs. AvR <i>p</i>
Tonicidade	17.33±5.35	18.67±4.59	.06	18.33±4.46	.32
Equilibração	23.67±8.52	26.0±9.01	.14	25.0±8.20	.08
Lateralização	10.5±1.87	10.5±1.87	1	10.5±1.87	1
Noção do Corpo	8.5±1.76	10.17±1.47	.02	9.83±1.6	.16
Estruturação Espaço-Temporal	10.83±3.13	11.67±3.87	.10	11.00±2.28	.18
Praxia Global	10.83±3.76	11.83±3.55	.03	11.50±3.27	.16
Praxia Fina	4.17±1.47	4.67±1.21	.18	4.33±1.03	.16

p<.001; Legenda: Av=Avaliação Inicial; AvF=Avaliação Final; AvR=Avaliação Retenção

De acordo com os resultados obtidos e de uma forma geral, constatamos que os participantes tendem a apresentar um perfil (médio) apráxico ou dispráxico. As únicas diferenças significativas entre o momento inicial e final de avaliação situam-se ao nível dos domínios da *noção do corpo* e *praxia global*, apesar da tendência para melhores valores após a intervenção que apesar de um ligeiro decréscimo na avaliação da retenção, parecem ter ficado adquiridas.

Tabela 4: Resultados obtidos (estatística descritiva e teste Wilcoxon) nos três momentos de avaliação com a EPR-CJ

Domínios	AvB	AvF	AvB vs. AvF	AvR	AvF vs. AvR
	M±sd	M±sd	<i>p</i>	M±sd	<i>p</i>
Desenvolvimento Pessoal	12.17±2.32	13.50±1.87	.11	13.17±1.47	.16
Auto-Determinação	13.33±3.27	14.50±1.87	.11	14.50±1.87	1
Relações Interpessoais	17.83±0.41	17.83±0.41	1	17.83±0.41	1
Inclusão Social	14.00±2.76	15.17±2.14	.03	15.00±2.28	.32
Direitos	15.00±2.19	15.50±1.87	.08	14.50±1.38	.06
Bem-Estar Emocional	17.00±0.89	17.33±0.82	.16	17.17±0.75	.32
Bem-Estar Físico	18.83±1.83	19.67±1.75	.06	18.67±1.75	.01
Bem-Estar Material	11.67±2.25	12.00±1.79	.16	12.00±1.79	1
QdV Índice global	119.83±11.29	125.50±8.50	.03	122.83±7.99	.02

p<.001; Legenda: Av=Avaliação Inicial; AvF=Avaliação Final; AvR=Avaliação Retenção

Os valores médios obtidos na avaliação da QdV parecem ser razoáveis sendo que os domínios mais cotados foram as *relações interpessoais*, *bem-estar emocional* e *bem-estar físico*. Apesar da maioria dos domínios apresentarem valores médios ligeiramente superiores, é interessante reportar que os domínios mais cotados foram as *relações interpessoais*, *bem-estar emocional* e *bem-estar físico*. A intervenção psicomotora concretizada parece ter influenciado o domínio da *inclusão social*, que se sugere ter tido alguma repercussão no índice global de QdV. A avaliação um mês após a intervenção parece indiciar o decréscimo do sentimento de qualidade nos domínios *direitos* e *bem-estar físico* cujos valores médios inclusive ficaram inferiores aos iniciais, este último apresentando diferenças significativas

Discussão dos Resultados

Este artigo pretende analisar a influência que um programa de intervenção psicomotora centrado nas competências psicomotoras e adaptativas de crianças com perturbações do desenvolvimento detém na qualidade de vida das mesmas. Este estudo é inovador por diversas razões: aborda o tema da qualidade de vida ainda pouco explorado ao nível das populações infantis e juvenis com perturbações do desenvolvimento (Ncube et al., 2018), sendo que a maioria dos estudos se centram em adultos (e.g.: Freitas e Santos, 2018; Jardim e Santos, 2016); pelo seu contexto cultural – Moçambique onde ainda se verifica a escassez de estudos desta natureza e da necessidade de mudar atitudes face à deficiência e à participação social das pessoas com deficiência (Carlsson e Kumerius, 2012; McKenzie et al., 2013); contribuir para novas evidências no âmbito da monitorização de programas de intervenção psicomotora (Santos, 2017) e assumir a estratégia multipercetiva envolvendo a família e os colaboradores da instituição do programa.

No momento atual, a funcionalidade (WHO, 2001) e o comportamento adaptativo (Santos, 2017) constituem o foco central da intervenção psicomotora, visando-se a participação social e uma vida com mais qualidade (Freitas e Santos, 2018). De acordo com os dados obtidos na avaliação da ECAP, constata-se diferenças significativas em domínios das duas partes da escala, indiciando melhoria ao nível das competências, bem como diminuição de alguns comportamentos mais desajustados. Esta ideia parece corroborar Freitas e Santos (2018). É de se realçar, contudo, a funcionalidade (WHO, 2001) e o comportamento adaptativo (Santos, 2017) constituem o foco central da intervenção psicomotora, visando-se a participação social e uma vida com mais qualidade, o que apesar de não se ter revelado do ponto de vista quantitativo, aponta para melhorias em todos os domínios, parecendo indiciar a pertinência da intervenção psicomotora como apoio institucional. Ao nível da primeira parte, os domínios onde se observam as diferenças significativas incluem a *autonomia, desenvolvimento físico/psicomotor, atividade pré-profissional, personalidade e socialização*, corroborando outros estudos, mas com adultos (Antunes e Santos, 2015; Júnior et al., 2016; Freitas e Santos, 2018). Um dos pontos fortes do programa foi centrar-se em atividades que envolvessem as competências psicomotoras, em atividades com significado funcional para cada família (criança e pais), respeitando os valores socioculturais da região (Zhang, 2001).

O foco na estimulação das competências psicomotoras parece ter conduzido à evolução do *desenvolvimento físico* e na qualidade de desempenho ao nível da *autonomia*, com transfer para a vida diária (Harris, 2006), apesar dos valores médios refletirem perfis inferiores do que os expectáveis para a sua idade cronológica (Lohaugen et al., 2018; Santos e Morato, 2012). Neste âmbito há a realçar a importância do reforço positivo e insistência para a realização das tarefas diárias de forma autónoma (e.g.: utilização da casa de banho, higiene), em paralelo ao apoio e partilha de estratégias aos colaboradores para incentivarem a estas práticas, uma vez que, muitas vezes, partia dos próprios o apoio total às crianças (Rosenbaum et al., 2007; Rothstein e Beltrame, 2013). Ainda atendendo aos aspetos culturais inerentes, o uso de faca e garfo, assim como de guardanapo, não é comum, inferindo-se que, embora os participantes do estudo não usem estes utensílios frequentemente, se ensinados e incentivados a fazê-lo, poderiam adquirir a competência.

Tal como expectável os domínios que exigem competências de cariz académico, como a *atividade económica*, *números/tempo* e *desenvolvimento da linguagem* denotam valores inferiores à média (Lohaugen et al., 2018; Santos, 2014; Santos e Morato, 2012), dado serem conteúdos desvalorizados (Zhang, 2001) pela idade dos participantes, associado à responsabilidade, mais uma vez, assumida pelos adultos, não sendo oferecidas oportunidades para este tipo de atividades (Santos e Gomes, 2016). Além disso, e de acordo com outras informações obtidas e na perspetiva de todos os intervenientes, dadas as condições socioeconómicas, o momento atual de vida (e.g.: compras e as expectativas parentais (e.g.: serviços bancários), nem todos os itens destes domínios se afiguraram como relevantes, razão pela qual a intervenção psicomotora realizada não incidiu maioritariamente sobre os mesmos. Dentro destes domínios, a associação do número à quantidade, foram trabalhados tendo em conta a utilidade para o dia-a-dia das crianças, embora as dificuldades de raciocínio e resolução de problemas (APA, 2013; Hartman et al., 2010). As dificuldades na orientação temporal, expressão e compreensão verbal refletem-se na vida diária (Harris, 2006), com uma comunicação tendencialmente não-verbal (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012), discurso pouco perceptível, simples e pobre (Santos e Morato, 2002; Sartawi et al., 2011), eventualmente explicadas pelas limitações oromotoras, falta de estimulação e de modelos linguísticos de qualidade (Sigudardottir e Vik, 2011). O trabalho realizado neste campo incidiu na responsabilização de, em todas as sessões haver um recado a cumprir, calendarizar-se o dia, mês, ano e estação, ilustrar os aniversários de todos, referindo os anos que cada um tinha, entre outros.

Algumas destas questões também se repercutiram ao nível da *atividade pré-profissional* (Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012), particularmente nos itens da pontualidade que dependem mais da forma de deslocação (transportes públicos vs carrinha da escola) do que das próprias crianças. Outro fator reside na separação física da ala das crianças/adolescentes e dos jovens-adultos, sendo apenas esta ala a realizar todos os trabalhos do centro, não sendo dada a oportunidade ao grupo das crianças de participar em trabalhos com utilização de instrumentos ou maquinaria, ou mesmo de despejar o lixo, apesar de terem capacidades para o fazerem. Esta falta de aposta pode traduzir-se na dificuldade da atenção e da tendência para a supervisão permanente traduzindo-se numa menor produtividade (Harris, 2016).

A *atividade doméstica* é influenciada pelo contexto (domiciliário/familiar ou mesmo institucional) constatando-se a tendência para a *desresponsabilização* das pessoas com DID e/ou PC (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012). Neste sentido, realça-se a intervenção psicomotora que se focou numa preocupação de limpeza e estima do espaço próprio, criando uma rotina individual e de grupo, e fomentou a criação de um calendário de responsáveis diários, no qual o grupo das crianças com maior autonomia motora foram responsabilizadas por tarefas domésticas (e.g.: pôr e levantar a mesa), tornando-se numa nova rotina, e que poderá ter promovido as melhorias sentidas ao nível da pontualidade, assiduidade e sentido de responsabilidade do domínio de *atividade pré-profissional*.

O domínio da *personalidade* foi um dos que apresentou diferenças significativas entre os dois primeiros momentos de avaliação. A intervenção psicomotora pode ter atuado como um apoio na regulação comportamental através do trabalho em grupo e na dinamização de atividades no espaço exterior, capacitando as crianças para pensarem e criarem jogos de acordo com objetivos predelineados, definirem regras e escolherem os materiais, e traduzindo-se num maior interesse, motivação, tomada de iniciativa e atenção nas atividades. Este trabalho teve repercussões significativas e positivas noutros domínios já mencionados (e.g.: atividade doméstica e autonomia), mas também no domínio da *socialização*, dada a interação não só entre os participantes, mas com os restantes clientes a frequentar a instituição, incentivando à cooperação, interação, participação e consciência do outro.

Na observação dos domínios da segunda parte, dedicados aos desajustamentos, verificamos que os valores médios são próximos do valor ótimo (que neste caso é zero pontos), indo ao encontro de Freitas e Santos (2018), destacando-se, apenas, os domínios *comportamento social*, *conformidade* e

comportamentos estereotipado/hiperativo com pontuações médias mais elevadas, indicadores de maiores desajustamentos. Neste âmbito, os participantes tenderam a apresentar alguns comportamentos mais violentos, fraca tolerância à frustração, maior resistência a cumprir instruções, a atrasarem-se para as atividades e a expor o corpo desnecessariamente. Na análise dos resultados na avaliação final os únicos domínios com diferenças significativas foram a *conformidade*, corroborando a ideia de que crianças com perturbações de desenvolvimento conseguem reconhecer e acatar regras simples (Carter et al., 2015; Santos, 2014) importantes na interação e relação com o outro, e o *comportamento sexual* que, com investimento na explicação e dissociação do que é a intimidade e o que se deve expor socialmente, apresentou-se como uma oportunidade de desenvolvimento de competências adaptativas de vida diária (Santos, 2014), como exemplo o despir-se e vestir-se em público, quando o Centro tem espaços para o devido efeito.

Nos resultados obtidos no terceiro e último momento de avaliação, constatamos uma ligeira subida dos valores médios no *comportamento interpessoal perturbado*, eventualmente decorrentes da não manutenção da exigência e das atividades concretizadas ao longo do processo de intervenção psicomotora e que abordavam o ajustamento comportamental (e.g.: reação às críticas, solicitação de atenção e outros sinais de instabilidade emocional). A influência dos valores socioculturais tradicionais e a tendência para a desresponsabilização e paternalização (Santos e Morato, 2012) inferem para a necessidade de formação e de mudança de atitudes da comunidade face a este subgrupo populacional (McKenzie et al., 2013; Santos e Gomes, 2016). É de se realçar que a duração reduzida do programa não permitiu a intervenção sobre todos os domínios avaliados, dada a abrangência adaptativa da ECAP, o que pode estar na base de inexistência de diferenças significativas.

A avaliação psicomotora, de uma forma geral, apontou para um desempenho psicomotor de menor qualidade (Smits-Engelsman e Hill, 2012), com maiores necessidades de apoio, mais tempo para a organização e execução das respostas (Doka e Lavin, 2003; Harris, 2006; Santos e Morato, 2007). Os menores índices da tonicidade e equilíbrio (Vjuik et al., 2010), repercutem-se na menor qualidade da marcha e controlo postural (Carvalho et al., 2017; Rosenbaum et al., 2007; Vjuik et al., 2010; Vrijmoeth et al., 2011). A equilíbrio foi a área menos forte dos participantes, ao nível da imobilidade, equilíbrio estático e dinâmico (Enkelaar et al., 2013). Os dois casos de crianças com PC, contrariamente às crianças com DID, não tinham capacidade para a marcha (Winter, 2007), apresentando grande instabilidade e

oscilação corporal (Carvalho et al., 2017; Vrijmoethet al., 2011), menor controle postural (Rosenbaum et al., 2007) e limitações sensoriais (Acharyae et al., 2016), com desequilíbrios (Winter, 2007) e constantes reajustes posturais mesmo na posição de sentado, resistência ao alongamento, tendência para a hipertonia (Rosenbaum et al., 2007), com alterações ósseas e musculoesqueléticas (Acharya et al., 2016).

Ao nível da lateralização verificou-se que a maioria das crianças, à exceção de um dos participantes, preferiam o lado direito, tanto a nível ocular, como auditivo, manual e podal, sem diferenças em nenhum dos três momentos de avaliação. Com o decorrer da intervenção foram verificados recorrentes momentos de indiferenciação manual (Carmeli et al., 2008) e podal, sendo perceptível a dificuldade de dissociação lateral (Arnold et al., 2005; Santos, 2014), podendo esta ser explicada pelas limitações no fator da equilibração. A *noção do corpo e praxia global*, contrariando a literatura (Rothstein e Beltrame, 2013; Wuang et al., 2008) foram dois domínios com diferenças significativas após a intervenção psicomotora, verificando-se que em todos os itens houve evolução, mais acentuada no sentido cinestésico, reconhecimento direita-esquerda e dissociação dos membros superiores. Com a intervenção psicomotora, embora mantidas as limitações na dissociação de membros, a melhoria da praxia global refletiu-se na qualidade de desempenho motor (Carvalho et al., 2017; Vrijmoeth et al., 2011) ao nível da marcha, na fluidez e harmonia de movimentos, especialmente das crianças com DID. A *estruturação espacial e temporal* reflete as dificuldades sentidas nos itens de organização (Harris, 2006) e representação topográfica, sendo que após a intervenção psicomotora os itens de estruturação dinâmica e rítmica evoluíram positivamente.

Finalmente, o último domínio psicomotor, que exige os movimentos mais finos e sofisticados (Fonseca, 2010), foi o domínio com desempenho apraxico por parte dos todos os participantes, decorrente das dificuldades dos fatores anteriores, como também da fraca estimulação cultural, das atitudes face à deficiência e da expectativa de menor produtividade (Santos, 2014; Santos e Gomes, 2016), bem como do compromisso cognitivo e físico de alguns participantes (Pereira e Santos, 2019; Schalock et al., 2010). Todos os itens evidenciaram as dificuldades de destreza manual e manipulação/controlo de objetos (Vjuik et al., 2010; Wilmut et al., 2013), mais acentuadas em objetos de dimensões menores e finos, na coordenação dinâmica manual e atividades de velocidade-precisão. No decorrer da intervenção dedicou-se alguma atenção à pega em pinça e escrita, postura tônica (para posição de sentado) para uma maior predisposição para a praxia fina. Há a destacar, e tal como reportado

pela literatura, o melhor desempenho ao nível da praxia global, quando comparada com a praxia fina (Wuang et al., 2008).

Antes de terminar esta análise e apesar das dificuldades iniciais sentidas, gerando alguma desmotivação, há que referir algumas das características pessoais das crianças que permitiram toda a intervenção, nomeadamente a facilidade de interação com o adulto, disponibilidade para ajudar, gosto inato em ser prestável e em agradar, e em participar nas atividades mesmo conscientes do grau de complexidade das mesmas, e por serem os próprios os primeiros a valorizar as suas conquistas de sessão para sessão, possibilitando criar uma forte envolvência com todos e entre todos, para a positiva progressão do trabalho desenvolvido e que poderá ser justificado com a afetividade e satisfação com a vida (Carter et al., 2015), sempre visível nas crianças do estudo.

Apesar da relevância cada vez maior na obtenção de informação sob a forma de autorrelato, e tal como estaria previsto inicialmente, dadas as dificuldades ao nível da compreensão e da comunicação apresentadas pelos participantes, optou-se pela aplicação da EPR-CJ aos pais, dadas as evidências que apontam para níveis de resposta mais concordantes entre pais e filhos, do que técnicos e crianças (Perkins, 2007).

Assim, na avaliação inicial, os domínios com melhores valores médios foram *relações interpessoais*, *bem-estar emocional* e *bem-estar físico*, parecendo ir ao encontro de resultados obtidos por Davis e colaboradores (2017), e que no caso específico dos participantes deste estudo podem ser explicados por questões culturais e sociais presentes em Moçambique: agregado familiar grande, a comunidade como apoio significativo de entreaajuda e, ainda, pelo facto do diagnóstico (tardio ou sem ser bem compreendido) causa menor stress psicológico parental (Ncube et al., 2018), não se tornando uma condicionante para a perceção dos resultados dos seus filhos nos domínios em questão.

Na comparação entre os dois primeiros momentos de avaliação, quase todos os domínios apresentaram melhorias, à exceção das *relações interpessoais* que manteve os valores. Apenas o domínio da *inclusão social* parece deter diferenças (positivas) significativas, que se repercutem no índice global de QdV. O trabalho de partilha e transmissão de informação aos pais para desmistificar o diagnóstico e a possibilidade de transfer das aprendizagens para a vida diária permitiu uma maior abertura também para os outros (da comunidade e família), estimulando uma participação mais ativa destas crianças.

Na análise dos resultados obtidos um mês após a intervenção psicomotora ter cessado, os valores do *bem-estar físico* voltam a estar próximos dos iniciais, i.e.: diminuiram sem a intervenção, apresentando diferenças significativas na avaliação da retenção – e que se refletem no índice geral, parecendo poder inferir-se a importância que uma intervenção desta natureza pode deter na estimulação destas competências.. De uma forma geral, e apesar de inexistência de diferenças significativas nos outros domínios, observa-se uma descida ligeira dos valores de retenção em todos os domínios, parecendo ir ao encontro de outros estudos (e.g.: Antunes e Santos, 2015; Freitas e Santos, 2018; Jardim e Santos, 2016) que corroboram a eventual eficácia da intervenção psicomotora na melhoria da qualidade da relação entre pessoa e contexto (Santos, 2017).

Conclusão

A pesquisa apresentada, no âmbito da reabilitação psicomotora, é pioneira no âmbito da validação de práticas profissionais mesmo considerando o interesse crescente nos últimos anos, especialmente com adultos com DID (Antunes e Santos, 2015; Jardim e Santos, 2016; Júnior et al., 2016; Santos, 2017), não só pela idade da população-alvo – crianças (Helena et al., 2017), como pelo contexto cultural (Pereira e Santos, 2019). O conjunto de características adaptativas e psicomotoras apresentadas pelos participantes restringem o ajustamento das respostas (Hinchcliffe, 2007) e a qualidade de execução de tarefas diárias como a alimentação, higiene e vestuário (Schmidt et al., 2016) cuja responsabilidade é tendencialmente assumida por terceiros (Rosenbaum et al., 2007). O processo de aprendizagem académica é também afetado (Rothstein e Beltrame, 2013), apesar de não ser muito valorizado quer pelos técnicos, quer pelos familiares (Zhang, 2001).

A determinação de um perfil individual exige instrumentos de avaliação, válidos e fiáveis, para a recolha de informação que irá orientar a intervenção contextualizada nos valores socioculturais e de acordo com as expectativas relativas à idade cronológica, comunicação com e entre todos os intervenientes (e.g.: clientes, família e outros técnicos) e de processos de monitorização das próprias práticas (Santos, 2017). Os instrumentos aplicados, e baseados nos resultados pessoais, pareceram ser úteis na monitorização do progresso individual ajudando ao estabelecimento do perfil psicomotor-adaptativo individual e do tipo de apoios necessários, como à mudança de atitudes que se pretende face à deficiência.

Os resultados obtidos, e de forma geral, parecem indicar a relevância que uma intervenção de cariz psicomotor pode deter, apesar de nem todos os domínios

avaliados terem apresentado diferenças significativas, eventualmente explicados pelo programa de duração reduzida e pela abrangência dos domínios avaliados, mas deixa o indício da qualidade deste tipo de intervenção. É de se destacar que intervenção psicomotora parece ter conseguido, a partir da divulgação e partilha de informação, despertar pais e colaboradores para os seus direitos, tendo uma voz mais ativa e uma presença mais recorrente e participativa no núcleo dos seus filhos. A ideia que fica é a potencialidade da intervenção psicomotora, como um dos apoios complementares a prestar a populações infantis com perturbações de desenvolvimento para um funcionamento (mais) independente, o assumir da responsabilidade pessoal e para a participação social (Santos, 2017).

Os dados obtidos com este estudo, apesar de não generalizáveis, parecem corroborar alguns dos desafios levantados por outros (e.g.: Freitas e Santos, 2018; Santos, 2017) parecendo indicar a relevância da introdução e do desenvolvimento das competências adaptativas nos programas de intervenção com crianças com perturbações do desenvolvimento, devendo ir ao encontro das verdadeiras necessidades da criança e da sua família em plena comunidade, visando a melhoria dos resultados pessoais da criança, da sua qualidade de vida e a da sua família.

A utilização de diversos instrumentos de avaliação permitiu a avaliação multidimensional e o planeamento centrado na criança, mas também o entendimento das diferenças culturais, sociais e de hábitos do dia-a-dia que influenciam diretamente a visão do conceito deficiência e, indiscutivelmente, a forma de atuação num país como Moçambique. Este (pre)conceito é ainda um bloqueio para a inclusão ativa de pessoas com DID tanto a nível da comunidade, como a nível escolar, em que não existem meios nem incentivo para a integração destas crianças e jovens num programa educativo, como a nível profissional, onde não há formação, nem apoios neste sentido.

Apesar da estratégia pluralista ou multipercetiva para a recolha de dados, inicialmente prevista, e dada a severidade das limitações cognitivas e comunicativas dos participantes, bem como a tendência para não se trabalharem este tipo de questões não permitiu a obtenção de dados pelo próprio (Davis et al., 2017; Rodrigo, Santos e Gomes, 2016), pelo que esta poderá ser uma sugestão que fica para a investigação futura. A amostra reduzida também não permite a generalização dos resultados, pelo que se recomenda a continuação deste tipo de intervenções, quer em estudos com amostras mais representativas e significativas, quer ao nível de estudos de follow-up. É de se referir a influência, não controlada, de variáveis como o nível de severidade, idade, género, medicação e fator institucionalização, entre outros.

Outra questão que se levanta com o estudo é a necessidade de compreender melhor a qualidade de vida das famílias e a forma como gere o facto de ter uma criança com perturbações do desenvolvimento, ao nível da sua sobrecarga, na contextualização política atual Moçambicana na disponibilização dos recursos (praticamente inexistentes). Fica ainda a necessidade de se implementarem e analisarem os resultados de programas a nível comunitário e social, para a mudança de atitudes face às pessoas com necessidades de apoio, e para a estimulação das capacidades das mesmas, não as confinando a uma instituição, pelo que a intervenção em plena comunidade poderá ser outra medida a considerar.

Referências

- Acharya, K., Pellerite, M., Lagatta, J., Andrews, B. e Msall, M. (2016). Cerebral Palsy, Developmental Coordination Disorder, Visual and Hearing Impairments in Infants Born Preterm. *NeoReviews*, 17(6), 325-333, doi: 10.1542/neo.17-6-e325
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association;
- Antunes, A. e Santos, S. (2015). Os Benefícios de um programa de intervenção psicomotora para indivíduos com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais ao nível do comportamento adaptativo e da proficiência motora: estudo comparativo. *A Psicomotricidade*, 18, 89-122;
- Arnold, G., Boone, K., Lu, P., Dean, A., Wen, J., Nitch, S. e McPherson, S. (2005). Sensitivity and specificity of finger tapping test scores for the detection of suspect effort. *The Clinical Neuropsychologist*, 19(1): 105–120, doi: 10.1080/13854040490888567;
- Ashwal, S., Russman, B., Blasco, P., Miller, G., Sandler, A., Shevell, M. e Stevenson, R. (2004). Practice Parameter: Diagnostic assessment of the child with cerebral palsy Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*, 62(6), p. 851-863.
- Barnhill, J., Koning, N. e Kartheiser, P. (2007). Learning Disorders. In Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C. e First, M. (edts). *Diagnostic Manual-Intellectual Disability: a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with Intellectual Disability* (68-87). National Association for the Dually Diagnosed in association with APA. NY/USA
- Bottcher, L. (2010). Children with spastic cerebral palsy, their cognitive functioning, and social participation: A review. *Child Neuropsychology*, 16(3), 209-228, doi: [10.1080/09297040903559630](https://doi.org/10.1080/09297040903559630)
- Carlsson, L. e Kumerius, C. (2012). *Right to a normal life - the progress of changing attitudes towards people with mental disabilities in Tanzania*. Bachelor Degree Project, 15 HEC Study Programme of International Social Work.
- Carmeli, E., Bar-Yossef, T., Ariav, C., Levy, R. e Liebermann, D. G. (2008). Perceptual-motor coordination in persons with mild intellectual disability. *Disability and Rehabilitation*, 30 (5), 323-329, doi: 10.1080/09638280701265398;
- Carvalho, I., Medeiros, S., Virgens Chagas, D., Praxedes dos Santos, J., Oliveira, T. e Batista, L. (2017). Robotic gait training for Individuals with cerebral Palsy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2332-2344, doi: 10.1016/j.apmr.2017.06.018

- Carter, E., Boehm, T., Biggs, E., Annandale, N., Taylor, C., Looock, A. e Liu, R. (2015). Known for My Strengths. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 40(2), 101–119. doi:10.1177/1540796915592158
- Colver, A., Fairhurst, C., e Pharoah, P. (2014). Cerebral Palsy. *The Lancet*, 383(9924), 1240-1249, doi: 10.1016/S0140-6736(13)61835-8
- Davis, E., Reddihough, D., Murphy, N., Epstein, A., Reid, S. M., Whitehouse, A., ... Downs, J. (2017). Exploring quality of life of children with cerebral palsy and intellectual disability: What are the important domains of life? *Child: Care, Health and Development*, 43(6), 854–860. doi:10.1111/cch.12501
- Doka, K. e Lavin, C. (2003). The paradox of Ageing with Developmental Disabilities: increasing needs, declining resources. *Ageing International*. 28 (2): 135-154, doi: 10.1007/s12126-003-1021-9;
- Enkelaar, L., Smulders, E., Lantman-de Valk, H., Weerdesteyn, V. e Geurts, A. (2013). Clinical measures are feasible and sensitive to assess balance and gait capacities in older persons with mild to moderate Intellectual Disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 276-285, doi: 10.1016/j.ridd.2012.08.014;
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Psiconeurológica dos Factores Psicomotores* (2ª Ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Freitas, M. e Santos, S. (2018) Adaptive Behavior and Quality of Life of adults with intellectual disabilities: Psychomotor Therapy as support. *Journal of Novel Physiotherapy and Physical Rehabilitation*, 5(2): 31-38. doi: [10.17352/2455-5487.000060](https://doi.org/10.17352/2455-5487.000060)
- Greenspan, S. (2004). Why Pinocchio was victimized: Factors contributing to social failure in people with mental retardation. In Switsky, H. N. (Ed.). *Personality and Motivational Systems in Mental Retardation* (pp. 121 – 144). Academic Press/ Elsevier.
- Grossman, H. (Ed.) (1983). *Classification in mental retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency
- Harris, J. (2006). *Intellectual Disability: Understanding Its Development, Causes, Classification, Evaluation, and Treatment*. New York: Oxford University Press.
- Hartman, E., Houwen, S., Scherder, E. e Visscher, C. (2010). On the relationship between motor performance and executive functioning in children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 54 (5), 468-477. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01284.x;
- Heleno, A., Fernandes, F., Azevedo, G., Silva, M., Pratas, M. e Santos, S. (2017). *A Intervenção Psicomotora em Portugal: Revisão Sistemática, A Psicomotricidade (no prelo)*
- Hinchcliffe, A. (2007). What is cerebral palsy and how does it affect children? In A. Hinchcliffe (Eds.), *Children with Cerebral Palsy: A Manual for Therapists, Parents and Community Workers* (10-18). New Delhi: Sage Publications.
- Irmãs Hospitaleiras (2019). *Irmãs Hospitaleiras*. Pesquisa feita a 10 de janeiro de 2019 e retirado de <http://www.irmashospitaleiras.pt/missao-africa/mocambique>
- Jacobson, J., Mulick, J., e Rojahn, J. (2007). *Handbook of intellectual and developmental disabilities: Issues in clinical child psychology*. NY: Spring Science.
- Jardim, N. e Santos, S. (2016). Effects of a psychomotor intervention in water in the quality of life of adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Novel Physiotherapy and Physical Rehabilitation*. 3(1): 53-60, doi: 10.17352/2455-5487.000036

Júnior, A., Afonso, C. e Santos, S. (2017). La musica nell'intervento psicomotorio com adulti com difficoltà intellettive ed evolutive – Contributo per il comportamento adattivo. *Ricerca e Studi (R e S)*, 1: 2-10

King, G., Law, M., Hanna, S., King, S., Hurley, P., Rosenbaun, P., Kertoy, M. e Petrenchik, T. (2006). Predictors of the Leisure and Recreation Participation of Children with Physical Disabilities: a Structural Equation Modeling Analysis. *Children's Health Care*, 35 (3): 209-234, doi: 10.1207/s15326888chc3503_2

Koman, L., Smith, B. e Shilt, J. (2003). Cerebral Palsy. *Lancet*, 363 (9421), p. 1619-1631. Doi: 10.1016/S0140-6736(04)16207-7.

Krigger, K. W. (2006). Cerebral palsy: an overview. *Am Fam Physician*, 73(1), p. 91-100.

Lerman, P., Apgar, D. e Jordan, T. (2005). Longitudinal changes in adaptive behavior of movers and stayers: Findings from a controlled research design. *Mental Retardation*, 43(1), 25-42. doi: 10.1352/0047-6765(2005)43<25:LCIABO>2.0.CO;2

Liptak, G. e Accardo, P. (2004). Health and social outcomes of children with cerebral palsy. *Journal Pediatric*, 145 (2), p. 36-41.

Lohaugen, C., Sundberg, C., Beneventi, Harald, Bakkan, E., Andersen, G., Walther, G., Ostgard, H., Vik, T. e Skranes, J. (2018). The relationship between adaptive behavior and cognitive abilities in Norwegian children with cerebral palsy (CP): a multi-center study, *International Journal of Neurorehabilitation* 5: 328. doi: 10.4172/2376-0281.1000328

Luckasson, R., e Schalock, R. (2012). The role of adaptive behavior in a functionality approach to intellectual disability. In S. Santos e P. Morato (Eds.), *Comportamento adaptativo: 10 anos depois* (9-18). Lisboa: Edições FMH

McKenzie, J., McConkey, R. e Adnams, C. (2013). Intellectual disability in Africa: implications for research and service. *Disability & Rehabilitation*, 35(20), 1750-1755. doi: 10.3109/09638288.2012.751461.

Mansur, S. e Marcon, A. (2006). Perfil motor de crianças e adolescentes com deficiência mental moderada. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(3), 9-15.

McKenzie, J., McConkey, R. e Adnams, C. (2013). Intellectual disability in Africa: implications for research and service. *Disability Rehabilitation*, 35(20): 1750-1755. doi:10.3109/09638288.2012.751461.

Ncube, B., Perry, A. e Weiss, J. (2018). The quality of life of children with severe developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 62(3): 237-244. doi: 10.1111/jir.12460.

Pereira, D. e Santos, S. (2018). *Intervenção Psicomotora por terras de Moçambique: crianças com paralisia cerebral e jovens com DID, uma realidade escondida*. Atas das Jornadas Científicas da Psicomotricidade na FMH (no prelo).

Perkins, E. (2007). Self and proxy reports across three populations: older adults, persons with Alzheimer's disease and persons with intellectual disabilities, *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 4 (1), 1-10, doi:10.1111/j.1741-1130.2006.00092.x;

Pfeifer, L., Silva, D., Funayama, C. e Santos, J. (2009). Classification of Cerebral Palsy - Association between gender, age, motor type, topography and Gross Motor Function. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 67(4), 1057-1061, doi: 10.1590/S0004-282X2009000600018

Plano Nacional de Ação para a Área da Deficiência II (2012). *Plano Nacional da*

Área da Deficiência – PNAD II 2012 – 2019. República de Moçambique. Maputo, Moçambique.

Ravim e Handicap International Moçambique (2010). *As pessoas com deficiência em Maputo e Matola - Representação social da Deficiência; Situação socioeconómica; condições de acesso aos serviços sanitários e sociais; Sistema de actores locais*. Maputo, Moçambique.

Rodrigo, A., Santos, S. e Gomes, F. (2016). A qualidade de vida das pessoas com Dificuldade Intelectual com necessidade de apoios permanentes: a validade de conteúdo da versão Portuguesa da Escala de San Martín. *Research e Networks in Health*, 2, e-1-9

Rothstein, J. e Beltrame, T. (2013). Características motoras e biopsicossociais de crianças com paralisia cerebral. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 21(3), 118-126, doi: 10.18511/0103-1716/rbcm.v21n3p118-126

Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine Child Neurology*, 109: 8-14. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.00001.x

Santos, S. (2014) Adaptive Behaviour on the Portuguese Curricula: A Comparison between Children and Adolescents with and without Intellectual Disability. *Creative Education*, 5, 501-509. doi: [10.4236/ce.2014.57059](https://doi.org/10.4236/ce.2014.57059).

Santos, S. (2017). Psychomotor therapy e intellectual disability: from 0 to 100. *International Journal of Psychology and Neuroscience (IJP)*, 3(2), 22-37.

Santos, S. (2018). Alunos com Dificuldades Intelectuais na sala de aula: que educação? In L. Miranda Correia (Org.). *Educação Inclusiva e Necessidades Especiais* (101-120). Coleção Diversidade e Inclusão. Flora Editora

Santos, S. e Gomes, F. (2016). A Educação das crianças com Dificuldade Intelectuais e Desenvolvimentais vs. a Convenção dos Direitos da Criança. *Journal of Research in Special Educational Needs*. 16 (s1): 51-54 doi: 10.1111/1471-3802.12268

Santos, S., Lebre, P. e Pereira, L. (2018). Human Functioning and Rehabilitation Research: different ways to look at the conceptual model. In F. Alves, Rosado, A., Pereira, L. e Araújo, D. (Edts). *Research on Human Kinetics - Multidisciplinary Perspectives*, (215-224). Edições FMH.

Santos, S. e Morato, P. (2002). Comportamento Adaptativo. Coleção Educação Especial, n.º 8. Porto: Porto Editora.

Santos, S. e Morato, P. (2007). Estudo Exploratório do Comportamento Adaptativo no Domínio Psicomotor em populações portuguesas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *A Psicomotricidade*, 9, 21-31.

Santos, S. e Morato, P. (2012). *Comportamento Adaptativo -Dez anos depois*. FMH Edições.

Santos, S., Morato, P., e Luckasson, R. (2014). Psychometric properties of the Portuguese version of the Adaptive Behavior Scale. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52(5), 379–387. doi:10.1352/1934-9556-52.5.379.

Sartawi, A., AlMuhairy, O., e Abdat, R. (2011). Behavioral Problems among Students with Disabilities in United Arab Emirates. *International Journal for Research in Education*, 29, 1–15

Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx Will, Coulter, D., Craig, E. ... Yeager, M. (2010). *Intellectual Disability - Definition, Classification, and Systems of Supports* (11ª Edição). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Washington.

- Schalock, R., e Verdugo, M. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation
- Schmidt, S., Nag, H., Hunn, B., Houge, G. e Hoxmark, L. (2016). A structured assessment of motor function and behavior in patients with Kleefstra syndrome. *European Journal of Medical Genetics*, 1-9, doi: 10.1016/j.ejmg.2016.01.004;
- Sigudardottir, S., e Vik, T. (2011). Speech, expressive language and verbal cognition of preschool children with cerebral palsy in Iceland. *Developmental Medicine e Child Neurology Supplement*, 53, 74-80, doi: 10.1111/j.1469-8749.2010.03790.x
- Silva, F., Veríssimo, J., Carneiro, M., Felix, S. e Santos, S. (2018). Comportamento Autoabusivo em Crianças e Jovens com DID. *Revista de Educação Especial e Reabilitação (no prelo)*
- Simões, C. (20186). *Escala Pessoal de Resultados crianças e jovens - fichas de registo* (documento não publicado)
- Simões, C. e Santos, S. (2018). *Qualidade de Vida, Comportamento Adaptativo e Apoios – compreender a relação entre constructos na Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental*. Edições FMH
- Simões, C., e Santos, S. (2017). The impact of personal and environmental characteristics on quality of life of people with intellectual disability. *Applied Research in Quality of Life*, 11(1): 1-20, doi: 10.1007/s11482-016-9466-7;
- Simões, C., Santos, S., e Biscaia, R. (2016). Validation of the portuguese version of the personal outcomes scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16, 186-200, doi:10.1016/j.ijchp.2015.11.002;
- Smits-Engelsman, B. e Hill, E. (2012). The relationship between motor coordination and intelligence across the IQ range. *Pediatrics*, 130(4), 950-956. doi: 10.1542/peds.2011-3712.
- Steiner, W., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A. e Stucki, G. (2002). Use of the ICF model as a Clinical Problem-Solving tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. *Physical Therapy*, 82: 1098-1107
- Surveillance of Cerebral Palsy in Europe [SPCE] (2015). Classification for Cerebral Palsy: Based on Clinical Features.
- Thompson, J., Schalock, R., Agosta, J., Teninty, L., e Fortune, J. (2014). How the supports paradigm is transforming the developmental disabilities service system. *Inclusion*, 2, 86–99. doi: 10.1352/2326-6988-2.2.86
- Thyberg, M., Arvidsson, P., Thyberg, I., e Nordenfelt, L. (2014). Simplified bipartite concepts of functioning and disability recommended for interdisciplinary use of the ICF. *Disabil Rehabil*, 1-10. doi: 10.3109/09638288.2014.978506
- UNICEF Moçambique (2014a). *A Mudança Acontece - Histórias de vida e Estudos de caso que visam estimular o reforço da família e impulsionar o desenvolvimento de um sistema integrado de protecção da criança, em Moçambique*. Maputo, Moçambique: UNICEF Moçambique; Ministério da Mulher e da Ação Social – República Moçambique.
- UNICEF Moçambique (2014b). *Situação das Crianças em Moçambique 2014*. Maputo, Moçambique.
- Vrijmoeth, C., Monbaliu, E., Lagast, E. e Prinzie, P. (2011). Behavioral problems in children with motor and intelectual disabilities: Prevalence and associations with maladaptive personality and marital relationship. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 1027-1038, doi: 10.1016/j.ridd.2012.01.010.

- Vuijk, P.; Hartman, E.; Scherder, E. e Visscher, C. (2010). Motor Performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*. 54 (part 11), 955- 965. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01318.x.
- Watson, R. e Pennington, L. (2015). Assessment and management of the communication difficulties of children with cerebral palsy: a UK survey of SLT practice. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 50(2), 241-259, doi: 10.1111/1460-6984.12138
- Wenar, C. e Kerig, P. (2006). *Developmental Psychopathology from Infancy through Adolescence*. New York: McGraw Hill.
- Wilmot, K., Byrne, M. e Barnett, A. (2013). Reaching to throw compared to reaching to place: A comparison across individuals with and without Developmental Coordination Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 174-182, doi: 10.1016/j.ridd.2012.07.020;
- Winter, S. (2007). Cerebral Palsy. In J. Jacobson , J. Mulick , e J. Rojahn , *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities* (p. 61-80). New York: springer
- World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24–56.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*: ICF. Geneva: WHO Publishing.
- WHO e World Bank (2011). *World Report on Disability*. Geneva: World Health Organization.
- Wuang, Y., Wang, C., Huang, M. e Sy, C. (2008). Profiles and cognitive predictors of motor functions among early school-age children with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(12), 1048-1060, doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.0
- Zhang, C. (2001). Multicultural views of disability: Implications for early interventionist professionals. *Infant Toddler Intervention*, 11(2), 143-154.
- Zikl, P.; Holoubková, N.; Karásková, H. e Veselíková, T. (2013). Gross Motor Skills of Children with Mild Intellectual Disabilities. *International Journal of Social, Human Science and Engineering*, 7(10), 3379-3385.

Anexos - Exemplos de Planos de Sessão ao longo do programa de Intervenção Psicomotora

Centro de Reabilitação Psicossocial das Mahotas

Data: 17 de Janeiro 2018		Sessão Nº 2	
Dinâmica: Individual		Objetivos Gerais: <u>Desenvolver consciência corporal</u>	
Duração Sessão: 50 minutos		Objetivo Específico: Identificar e nomear diversas partes do corpo	
Atividades	Estratégias	Material	Observações
A criança deve observar a terapeuta a desenhar a figura humana, em grande escala na cartolina. Posteriormente, a criança deve passar com os dedos por cima da linha/contorno humano.	<ul style="list-style-type: none"> Feedback corretivo; Apoio físico manual 	<ul style="list-style-type: none"> Canetas; Cartolina 	A criança deve passar por cima das linhas com os dedos de ambas as mãos.
A criança deve passar um arco pelo seu corpo, desde a cabeça aos pés.	<ul style="list-style-type: none"> Demonstração; Apoio físico parcial; Ver-se ao espelho; Reforço positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Arco Espelho 	
A criança deve passar o arco pelo seu corpo desde os pés até à cabeça, identificando as partes do corpo por onde vai passando.	<ul style="list-style-type: none"> Demonstração; Ajuda verbal; Ver-se ao espelho; Reforço positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Arco Espelho 	À medida que identifica as partes do corpo, a terapeuta aponta também no desenho e escreve.
A criança deve recordar as partes do corpo que identificou e deve apontar no desenho da figura humana.	<ul style="list-style-type: none"> Reforço positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Desenho figura humana 	Registar os novos conceitos adquiridos (pescoço, ombro, joelhos)

Data: 22 de Janeiro 2018 Dinâmica: Grupo		Sessão Nº 3 Objetivos Gerais: Promover Autonomia	
Duração Sessão: 90 minutos		Objetivo Específico: Incentivar rotinas diárias	
Atividades	Estratégias	Material	Observações
Visualização de um breve vídeo sobre a diferença dos dias da semana, meses e estações do ano.	<ul style="list-style-type: none"> • Curta explicação do conteúdo do vídeo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Projetor • Computador • Vídeo 	Quando o vídeo terminar, perguntar às crianças se foi claro e se há dúvidas.
Elaboração, em conjunto, de um calendário semanal. Cada criança deverá representar um dia da semana, de segunda a domingo, e posteriormente nomeá-lo.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação oral da atividade; • Exemplificação de um dia da semana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Canetas; • Cartolina • Fotografias de todas as crianças. 	O calendário deverá permanecer na sala e ser assinalado diariamente.
As crianças devem observar os meses do ano em papel e nomeá-los, por repetição se necessário. Recortar e colocá-los por ordem na parede.	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstração; 	<ul style="list-style-type: none"> • Meses do ano em papel • Tesoura • Fita-cola 	Deve-se identificar todos os dias, em que mês estamos.
As crianças, em roda, devem apenas ouvir o vídeo sobre os dias, meses e estações do ano e tentar reproduzir a canção.	<ul style="list-style-type: none"> • Reforço positivo; • Incentivo verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colunas • Vídeo 	

Data: 26 de Março 2018		Sessão Nº 21	
Dinâmica: pares e em grupo		Objetivos Gerais: <u>Desenvolver consciência corporal</u>	
Duração Sessão: 90 minutos		Objetivo Específico: Identificar e nomear diversas partes do corpo, em si e no outro	
Atividades	Estratégias	Material	Observações
Visualização de um vídeo do corpo humano.	<ul style="list-style-type: none"> • Curta explicação do conteúdo do vídeo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Projetor • Computador • Vídeo 	
<p>As crianças devem representar uma figura humana em plasticina.</p> <p>Quando terminarem, devem mostrar ao grupo e falarem ou responderem à identificação de algumas partes do corpo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstração; • Apoio parcial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plasticina • Espelho 	A atividade poderá ser feita em mesa, contexto sala ou no exterior, no chão. Poderão seguir o modelo já elaborado, em cartolina.
<p>As crianças devem, em pares, com um arco passar o arco desde a cabeça aos pés em si próprio e de seguida no corpo do outro.</p> <p>Devem nomear as partes do corpo à medida que passam o arco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstração; • Ajuda verbal; • Ver-se ao espelho; • Reforço positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Arco • Espelho 	
Em roda os alunos, um a um e com apenas um arco, devem passa-lo pelo corpo do colega, da cabeça aos pés, até o arco voltar a si.	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio físico. • Demonstração. 	<ul style="list-style-type: none"> • Arco • Música • coluna 	